



data wpływu do PCPR w Bielsku-Białej

nr sprawy.....

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i**  
**technicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób**  
**Niepełnosprawnych**

---

**A. DANE WNIOSKODAWCY**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL .....Numer dowodu tożsamości.....

Nr telefonu\* .....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego/dane właściciela konta:.....

.....

.....

Mieszkaniec Domu Pomocy Społecznej -  Tak  Nie

**B. POSIADANE ORZECZENIE**

a) o stopniu niepełnosprawności  Znacznym  Umiarkowanym  Lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów  I  II  III

c)  o całkowitej niezdolności do pracy  o częściowej niezdolności do pracy

o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym  o niezdolności do samodzielnej egzystencji

d)  o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

**C. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

Korzystałem ze środków PFRON  Tak  Nie

Cel dofinansowania	Data przyznanego dofinansowania	Numer zawartej umowy	Przyznana kwota	Stan rozliczenia

**D. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODU**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił .....zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

**E. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO /OPIEKUNA PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL .....Numer dowodu tożsamości.....

Nr telefonu\* .....

**F. INFORMACJE O PLANOWANYM PRZEDSIĘWZIĘCIU**

**I. Przedmiot dofinansowania (wykaz planowanych przedsięwzięć, inwestycji, zakupów)**

.....  
.....  
.....

**II. Uzasadnienie konieczności (cel) likwidacji barier**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**III. Miejsce realizacji zadania**

.....  
.....

**IV. Przewidywany termin rozpoczęcia i zakończenia zadania**

.....  
.....

**V. Przewidywany koszt realizacji zadania (zł)**

w tym:

- wnioskowana kwota dofinansowania PFRON .....

- udział własny .....

**UWAGI:**

( np. dodatkowe informacje mające istotny wpływ na zasadność ubiegania się o dofinansowanie )

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

**UWAGA:**

**Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.**

**Przedkładający niniejszy wniosek zobowiązany jest do udostępnienia przedstawicielom PCPR pomieszczeń w których planowana jest likwidacja barier architektonicznych - technicznych celem przeprowadzenia wizji w okresie przed przyznaniem dofinansowania. Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania dofinansowania ze środków PFRON. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie**

\_\_\_\_\_  
( miejscowość, data )

\_\_\_\_\_  
(podpis wnioskodawcy /przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego/pełnomocnika)

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. *Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu),*

*1a. Zaświadczenie lekarza zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i potwierdzające potrzebę likwidacji wnioskowanych barier, (w załączeniu, zaświadczenie to zachowuje ważność w danym roku kalendarzowym),*

2. *Do wniosku związanego z likwidacją barier architektonicznych, dodatkowo:*

- *dokument potwierdzający własność nieruchomości (wyciąg z księgi wieczystej) lub użytkowanie wieczyste nieruchomości albo zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym wnioskodawca stale zamieszkuje,*
- *wykaz planowanych prac (wzór kosztorysu w załączeniu)*

3. *Do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się:*

- *zaświadczenie odpowiedniego operatora lub oświadczenie wnioskodawcy o możliwości podłączenia Internetu, a w przypadku braku takich możliwości, propozycja innych rozwiązań dot. Internetu,*
- *w przypadku młodzieży uczącej się do 24 rokiem życia - kopia legitymacji szkolnej lub studenckiej*

4. *Do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych - faktura pro forma (kosztorys wstępny lub ofertę cenową) wnioskowanych urządzeń*

\* Podanie w/w danych jest nieobowiązkowe.

„Informacja o przetwarzaniu danych osobowych (RODO)”

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bielsku-Białej, ul. Piastowska 40, 43-300 Bielsko-Biała. • Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: [iodpcpr@powiat.bielsko.pl](mailto:iodpcpr@powiat.bielsko.pl). • Podane dane osobowe mogą być przetwarzane w celu **dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych** na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. • Dostęp do danych mogą mieć podmioty zewnętrzne świadczące usługi na rzecz PCPR w zakresie niezbędnym do ich realizacji oraz podmioty uprawnione do dostępu do danych na podstawie przepisów prawa. • Zebrane dane będą przetwarzane do momentu wygaśnięcia podstawy prawnej przetwarzania, z wyłączeniem celów statystycznych, archiwalnych i zabezpieczenia przyszłych roszczeń Administratora danych. • Posiadacie Państwo, w przypadkach określonych przepisami, prawo dostępu do treści danych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego oraz prawo odwołania zgody na przetwarzanie danych podanych dobrowolnie w każdym czasie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. • Podanie danych osobowych w zakresie obowiązujących przepisów prawa jest obowiązkowe, w pozostałym zakresie jest dobrowolne. Szczegółowe informacje są dostępne w siedzibie PCPR oraz na stronie internetowej [www.pcpr.starostwo.bielsko.pl](http://www.pcpr.starostwo.bielsko.pl).

**Załącznik do formularza wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych /technicznych/ w komunikowaniu się**

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

.....

Data urodzenia (PESEL) .....

1. Rodzaj niepełnosprawności lub dysfunkcji (niepełnosprawność wnioskodawcy dotyczy)\*  
\* właściwe zaznaczyć

dysfunkcja narządu ruchu z możliwością samodzielnego poruszania się na wózku inwalidzkim	
dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim przy pomocy innych osób	
osoby z dysfunkcją narządu ruchu poruszające się przy pomocy kul, balkonika itp.	
osoby z dysfunkcją narządu ruchu leżące bez możliwości poruszania się	
dysfunkcja narządu ruchu, osoby poruszające się samodzielnie bez pomocy osób trzecich i przyrządów	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządu słuchu lub mowy	
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) inne psychiczne	
pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi	

2. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, inny sprzęt pomocniczy i ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....  
.....

3. Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier architektonicznych/technicznych, trudności wnioskodawcy w poruszaniu się/ w komunikowaniu się

.....  
.....

(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

**Załącznik do formularza wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych**

**Wzór kosztorysu przedwykonawczego - dotyczący dostosowania łazienki \***

**1. Robocizna.**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa prac</b>	<b>Ilość</b>	<b>Wartość</b>
1.	Demontaże, rozbiórki – roboty ogólnobudowlane	1 komplet	
2.	Roboty instalacyjne	1 komplet	
3.	Montaż kabiny z osprzętem (wnęka prysznicowa)	1 sztuka/komplet	
4.	Montaż umywalki z osprzętem	1 sztuka/komplet	
5.	Montaż toalety z osprzętem	1 sztuka/komplet	
6.	Płytki na podłodze	M2	
7.	Płytki na ścianie	M2	
8.	Montaż drzwi	1 sztuka	
9.	Montaż pochwytów/siedziska	sztuki	
10.			
11.			
		<b>Razem</b>	

**2. Materiały.**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa materiału</b>	<b>Ilość</b>	<b>Wartość</b>
1.	Materiały ogólnobudowlane/pomocnicze	1 komplet	
2.	Materiały instalacyjne	1 komplet	
3.	Kabina prysznicowa z osprzętem (wnęka prysznicowa)	1 sztuka/komplet	
4.	Umywalka z osprzętem	1 sztuka/komplet	
5.	Toaleta z osprzętem	1 sztuka/komplet	
6.	Płytki – podłoga	M2	
7.	Płytki - ściany	M2	
8.	Drzwi	1 sztuka	
9.	Pochwyty/siedzisko	sztuki	
10.			
11.			
		<b>Razem</b>	

<b>ROBOCIZNA</b>	
<b>MATERIAŁ</b>	
<b>Razem</b>	

\*Uwaga: inne koszty wnioskowane (nie związane z łazienką) należy rozpiścić podobnie jak załączony wzór dostosowując kosztorys do swoich potrzeb