

Data wpływu wniosku:	<b>WNIOSEK</b> <b>o dofinansowanie ze środków</b> <b>Państwowego Funduszu</b> <b>Rehabilitacji Osób</b> <b>Niepełnosprawnych likwidacji</b> <b>barier technicznych,</b> <b>architektonicznych</b> <i>/właściwe podkreślić/</i> <b>w miejscu zamieszkania osoby</b> <b>niepełnosprawnej</b>	Nr sprawy: BZiRON.....
----------------------	---	---------------------------

<b>I.1. DANE WNIOSKODAWCY:</b> (osoby niepełnosprawnej: dorosłej lub dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej)	<b>I.2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (rodzica)/ OPIEKUNA PRAWNEGO/ PEŁNOMOCNIKA:</b> (WYPEŁNIĆ, GDY WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ, UBEZWŁASNOWOLNIOSNEJ, itp.)
<p>.....</p> <p><b>Imię i nazwisko</b></p> <p>□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</p> <p><b>PESEL</b></p> <p>Seria ..... Nr ..... Ważny do:.....</p> <p><b>Dowód osobisty</b></p> <p>Wydany przez .....</p> <p><b>Dowód osobisty</b></p> <p>.....</p> <p><b>Adres zamieszkania, 18-400 Łomża</b></p> <p>.....</p> <p><b>Telefon</b></p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p><b>Imię i nazwisko</b></p> <p>□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</p> <p><b>PESEL</b></p> <p>Seria ..... Nr ..... Ważny do:.....</p> <p><b>Dowód osobisty</b></p> <p>Wydany przez .....</p> <p><b>Dowód osobisty</b></p> <p>.....</p> <p><b>Adres zamieszkania, 18-400 Łomża</b></p> <p>.....</p> <p><b>Telefon</b></p> <p>- Opiekun prawny**/ pełnomocnik**/ przedstawiciel** (** <b>właściwe zaznaczyć</b>) ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia ..... syg. akt. ....</p> <p>- Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia ..... Repet. Nr.....</p>

**II. Stopień niepełnosprawności:** **ZAZNACZYĆ X**

wydany na stałe     wydany na czas określony do .....

1. znaczny /inwalidzi I grupy/ /osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji/	
2. umiarkowany inwalidzi II grupy/ /osoby całkowicie niezdolne do pracy/	
3. lekki / inwalidzi III grupy/ /osoby częściowo niezdolne do pracy/	
4. osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998 r.	
5. osoby w wieku do 16 lat z orzeczeniem o niepełnosprawności	

**III. Rodzaj niepełnosprawności** **ZAZNACZYĆ X**

1. dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządów ruchu	
3. dysfunkcja narządów wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

<b>IV. Sytuacja zawodowa</b> (* niepotrzebne skreślić)		<b>ZAZNACZYĆ X</b>
1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*		
2. młodzież od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*		
3. bezrobotny poszukujący pracy* /rencista poszukujący pracy*		
4. rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy		
5. dzieci i młodzież do lat 18		

<b>V. Sytuacja mieszkaniowa - opis budynku - mieszkania /w przypadku barier architektonicznych /</b> (* niepotrzebne skreślić)
• dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*, inne* .....
• budynek parterowy*, piętrowy*; mieszkanie na ..... (podać kondygnację)
• przybliżony wiek budynku lub rok budowy .....
• opis mieszkania: pokoje ..... (podaj liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez wc*
• łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
• w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
• inne informacje o warunkach mieszkaniowych .....
.....
.....

<b>VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą</b>		
nazwisko i imię /pokrewieństwo/	stopień i rodzaj niepełnosprawności	Sytuacja zawodowa
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

<b>VII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w którym roku.....</b>		<b>ZAZNACZYĆ X</b>
1. na likwidację barier technicznych,		
2. na likwidację barier architektonicznych,		
3. na likwidację barier w komunikowaniu się:		
a) korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się		
b) korzystał na inne cele ustawowe i jest w trakcie rozliczenia		
c) korzystał i nie rozliczył się		

<b>VIII. Deklarowany udział własny wnioskodawcy i/lub sponsora</b>	
1. deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania - ponad obowiązkowe 5%	%
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%

**IX. Miejsce realizacji zadania**

.....

**X. Cel likwidacji barier technicznych, architektonicznych – uzasadnienie wniosku**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**XI. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**XII. Przewidywany koszt likwidacji barier**

Złoty (liczbą): ..... (słownie: .....) )

**XIII. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON**

Złoty (liczbą): ..... (słownie: .....) )

**XIV. Przewidywany termin realizacji zadania /rozpoczęcie-zakończenie/**

.....

**XV. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania**

.....

**XVI. Informacja o innych źródłach finansowania zadania**

.....

**XVII. Numer konta bankowego wnioskodawcy**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BANK .....

**XVIII. Oświadczenie o dochodach**

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi	..... osoba/osób
Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto na osobę w rodzinie obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi:	..... zł

**Uwaga:**

przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych to **dochód** pomniejszony o:

- podatek dochodowy od osób fizycznych,
- składkę ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego,
- składkę ubezpieczenia zdrowotnego,
- kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób,

podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

**Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów związanych z udzieleniem dofinansowania do likwidacji barier technicznych architektonicznych ze środków PFRON**

Upředzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

**XIX. Podpis**

.....  
(Data, podpis wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\* opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*)

**Uwaga:**

1. Dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku były stroną umowy zawartej z PFRON i która została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie tej osoby;
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.
3. Wysokość dofinansowania wynosi do 95% kosztów likwidacji barier.

**Załączniki do wniosku:****Do I etapu**

- kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności oraz z jednoznacznym wyjaśnieniem w jaki sposób realizacja wniosku wpłynie na poprawę funkcjonowania osoby niepełnosprawnej,
- klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych,
- orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą,
- udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier (akt notarialny, własność, umowa najmu),
- dowód osobisty do wglądu
- zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy
- min. 2 oferty cenowe w przypadku zakupu urządzeń lub sprzętu
- zaświadczenie od lekarza specjalisty w koniecznych przypadkach
- inne.....

**Do II etapu / po dokonaniu wizji lokalnej w mieszkaniu wnioskodawcy / likwidacja barier architektonicznych /**

- szkic mieszkania
- projekt i kosztorys budowlany lub kalkulacja kosztów, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach)
- zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach)
- przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**Zaświadczenie wydane dla celów związanych z ubieganiem się przez  
osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków  
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
likwidacji barier architektonicznych/ technicznych**

Imię i nazwisko.....

PESEL .....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

Choroby współistniejące.....

.....

.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający likwidację barier architektonicznych/  
technicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(Data)

.....  
(Pieczęć imienna i podpis lekarza )



**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ul. Dworna 23B, 18-400 Łomża, jako administrator Państwa danych osobowych na podst. art. 13 rozporządzenia nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej RODO) informuje, że:

Przetwarzanie Państwa danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łomży, odbywać się będzie:

- 1) gdy, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
- 2) w przypadku udzielenia przez osobę, której dane dotyczą, zgody na przetwarzanie danych osobowych ( na podstawie art.6 ust. 1 lit. a RODO),
- 3) w przypadku niezbędności do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy ( na podstawie art.6 ust. 1 lit. b RODO),
- 4) w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi ( na podstawie art.6 ust. 1 lit e RODO),
- 5) w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej ( na podstawie art.6 ust. 1 lit. d RODO).
- 6) W zakresie przetwarzania Państwa danych osobowych mają Państwo prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
- 7) Mają Państwo prawo do żądania od Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łomży:
  - dostępu do swoich danych osobowych (na zasadach określonych w art. 15 RODO);
  - sprostowania Państwa danych osobowych (na zasadach określonych w art. 16 RODO);
  - usunięcia Państwa danych osobowych (na zasadach określonych w art. 17 RODO).
- 8) Jeżeli przetwarzanie Państwa danych osobowych następuje na podstawie Państwa zgody, mają Państwa prawo do cofnięcia w dowolnym momencie tej zgody. Cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego Ośrodek dokonywał na podstawie złożonej prze Państwa zgody, do momentu jej wycofania.
- 9) Konsekwencją niepodania przez Państwa danych osobowych będzie brak możliwości świadczenia przez Ośrodek usługi, o którą się Państwo staracie.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych:: Inspektor Ochrony Danych - Wiesław Wieczorek tel. 86 216 4260 wew. 25, ul. Dworna 23B, 18-400 Łomża lub [wwieczorek@mopslomza.pl](mailto:wieczorek@mopslomza.pl)

Niniejsza informacja ma charakter ogólny. Szczegółowa informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych oraz przysługujących Państwu w związku z tym praw, stanowiąca realizację obowiązku informacyjnego administratora, o którym mowa w art. 13 RODO, zostanie Państwu przekazana każdorazowo w związku z załatwieniem konkretnej sprawy.

.....  
(data i podpis klienta)