

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

##### ROLA WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola                   | Do uzupełnienia  |
|------------------------------|--|
| Wnioskodawca składa wniosek: |  |
| Postanowieniem Sądu:         |  |
| Z dnia:                      |  |
| Sygnatura akt:               |  |
| Imię i nazwisko notariusza:  |  |
| Repertorium nr:              |  |
| Zakres pełnomocnictwa:       | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><input type="checkbox"/> inne |

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola      | Do uzupełnienia |
|-----------------|-----------------|
| Imię:           |                 |
| Drugie imię:    |                 |
| Nazwisko:       |                 |
| PESEL:          |                 |
| Data urodzenia: |                 |

|              |   |
|--------------|---|
| <b>Płeć:</b> | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |
|--------------|---|

### ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola                  | Do uzupełnienia  |
|-----------------------------|--|
| <b>Miejscowość:</b>         |  |
| <b>Ulica:</b>               |  |
| <b>Nr domu:</b>             |  |
| <b>Nr lokalu:</b>           |  |
| <b>Kod pocztowy:</b>        |  |
| <b>Poczta:</b>              |  |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b> | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |
| <b>Nr telefonu:</b>         |  |
| <b>Adres e-mail:</b>        |  |

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola           | Do uzupełnienia |
|----------------------|-----------------|
| <b>Miejscowość:</b>  |                 |
| <b>Ulica:</b>        |                 |
| <b>Nr domu:</b>      |                 |
| <b>Nr lokalu:</b>    |                 |
| <b>Kod pocztowy:</b> |                 |
| <b>Poczta:</b>       |                 |

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

| Nazwa pola          | Do uzupełnienia |
|---------------------|-----------------|
| <b>Imię:</b>        |                 |
| <b>Drugie imię:</b> |                 |
| <b>Nazwisko:</b>    |                 |

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>PESEL:</b>          |   |
| <b>Data urodzenia:</b> |   |
| <b>Płeć:</b>           | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

### ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola                  | Do uzupełnienia  |
|-----------------------------|--|
| <b>Miejscowość:</b>         |  |
| <b>Ulica:</b>               |  |
| <b>Nr domu:</b>             |  |
| <b>Nr lokalu:</b>           |  |
| <b>Kod pocztowy:</b>        |  |
| <b>Poczta:</b>              |  |
| <b>Nr telefonu:</b>         |  |
| <b>Adres e-mail:</b>        |  |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b> | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola  | Do uzupełnienia   |
|---|---|
| <b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie  |
| <b>Stopień niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |
| <b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>                  | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:   |
| <b>Numer orzeczenia:</b>  |   |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>  | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Niezdolność:</b></p>  | <p><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji</p> <p><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny</p> <p><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy</p> <p><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy</p> <p><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym</p> <p><input type="checkbox"/> Nie dotyczy</p>   |
| <p><b>Rodzaj niepełnosprawności:</b></p>  | <p><input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe</p> <p><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne</p> <p><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu</p> <p><input type="checkbox"/> osoba głucha</p> <p><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema</p> <p><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku</p> <p><input type="checkbox"/> osoba niewidoma</p> <p><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu</p> <p><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</p> <p><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych</p> <p><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja</p> <p><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia</p> <p><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego</p> <p><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego</p> <p><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne</p> <p><input type="checkbox"/> 11-I – inne</p> <p><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe</p> |
| <p><b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b></p> | <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>  |
| <p><b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b></p>   | <p><input type="checkbox"/> 2 przyczyny</p> <p><input type="checkbox"/> 3 przyczyny</p>  |

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:.....**

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

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

**Ze środków finansowych PFRON:**

nie korzystałem

korzystałem

## CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------|
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### PRZEDMIOT WNIOSKU

| Nazwa pola  | Do uzupełnienia |
|---|-----------------|
| <b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b> |                 |
| <b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>    |                 |
| Słownie:  |                 |

|   |  |
|---|--|
| <b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>                 |  |
| Słownie:  |  |
| <b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b> |  |
| <b>Deklarowane środki własne:</b>   |  |
| <b>Inne źródła finansowania:</b>  |  |
| <b>Cel dofinansowania:</b>  |  |

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 95% kosztów realizacji zadania.

Przewidywany koszt realizacji zadania nie powinien być większy niż suma kwoty wnioskowanej, deklарowanych środków własnych oraz innych źródeł finansowania.

### WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

| Nazwa pola   | Do uzupełnienia |
|--|-----------------|
| <b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b> |                 |
| <b>Miejsce realizacji zadania:</b>   |                 |
| <b>Termin rozpoczęcia:</b>   |                 |
| <b>Przewidywany czas realizacji:</b>   |                 |

### OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

## FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola                                 | Do uzupełnienia |
|--|-----------------|
| <b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b> |                 |
| <b>Nazwa banku:</b>                        |                 |
| <b>Nr rachunku bankowego:</b>              |                 |

W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## Część C – Dane dodatkowe

### SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy  Dzieci i młodzież do lat 18  Inne / jakie?

### OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

| Lp. | Plik   |
|-----|--|
| 1.  | <input type="checkbox"/> Załącznik nr 1- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.  |
| 2.  | <input type="checkbox"/> Załącznik nr 2 - Zaświadczenie o stanie zdrowia.  |
| 3.  | <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik osób prowadzących wspólne gospodarstwo z Wnioskodawcą.   |
| 5.  | <input type="checkbox"/> Tytuł prawny do lokalu (np. księga wieczysta) - ) - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.   |
| 6.  | <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o zameldowaniu w miejscu likwidacji barier architektonicznych - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.                               |
| 7.  | <input type="checkbox"/> Zgoda właściciela budynku, jeżeli Wnioskodawca nie jest Właścicielem - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.                                      |
| 8.  | <input type="checkbox"/> Wstępny kosztorys.  |
| 9.  | <input type="checkbox"/> Dwa odrębne szkice przedstawiające: aktualną sytuację oraz planowaną sytuację po przeprowadzonym remoncie - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu. |
| 10. | <input type="checkbox"/> Inne wymagane dokumenty( stosowne do zakresu robót objętych dofinansowaniem).   |



## UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik   |
|-----|--|
| 1.  | <input type="checkbox"/> Załącznik nr 1- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.  |
| 2.  | <input type="checkbox"/> Załącznik nr 2 - Zaświadczenie o stanie zdrowia.  |
| 3.  | <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik osób prowadzących wspólne gospodarstwo z Wnioskodawcą.   |
| 5.  | <input type="checkbox"/> Tytuł prawny do lokalu (np. księga wieczysta) - ) - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.   |
| 6.  | <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o zameldowaniu w miejscu likwidacji barier architektonicznych - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.                               |
| 7.  | <input type="checkbox"/> Zgoda właściciela budynku, jeżeli Wnioskodawca nie jest Właścicielem - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.                                      |
| 8.  | <input type="checkbox"/> Wstępny kosztorys.  |
| 9.  | <input type="checkbox"/> Dwa odrębne szkice przedstawiające: aktualną sytuację oraz planowaną sytuację po przeprowadzonym remoncie - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu. |
| 10. | <input type="checkbox"/> Inne wymagane dokumenty( stosowne do zakresu robót objętych dofinansowaniem).   |

## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

| Lista |  |
|-------|--|
| 1.    | Załącznik nr 1- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.   |
| 2.    | Załącznik nr 2 - Zaświadczenie o stanie zdrowia.   |
| 3.    | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.  |
| 4.    | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik osób prowadzących wspólne gospodarstwo z Wnioskodawcą.  |
| 5.    | Tytuł prawny do lokalu (np. księga wieczysta) - ) - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.  |
| 6.    | Zaświadczenie o zameldowaniu w miejscu likwidacji barier architektonicznych - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.                                |
| 7.    | Zgoda właściciela budynku, jeżeli Wnioskodawca nie jest Właścicielem - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.                                       |
| 8.    | Wstępny kosztorys.   |
| 9.    | Dwa odręczne szkice przedstawiające: aktualną sytuację oraz planowaną sytuację po przeprowadzonym remoncie - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu. |
| 10.   | Inne wymagane dokumenty( stosowne do zakresu robót objętych dofinansowaniem).  |

## Informacja o przetwarzaniu danych osobowych (RODO)

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)(Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), zwanego dalej RODO, informuję:

### Administrator danych osobowych

Administratorem Państwa danych osobowych jest:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w

Warszawie, adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa. Można się z nami kontaktować w następujący sposób:

- a) listownie: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa,
- b) telefonicznie: 22 50 55500.

oraz

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Głubczycach z siedzibą w Głubczycach, adres:

ul. Sobieskiego 5a, 48-100 Głubczyce tel. 77485 87 73. Można się z nami kontaktować w następujący sposób:

- a) listownie: ul. Sobieskiego 5a, 48-100 Głubczyce
- b) za pośrednictwem poczty elektronicznej: [sekretariat@pcprglubczyce.pl](mailto:sekretariat@pcprglubczyce.pl)
- c) telefonicznie: 77485 87 73, 77485 08 17. Inspektor ochrony danych

Mogą Państwo kontaktować się również:

z wyznaczonym przez PFRON inspektorem ochrony danych za pośrednictwem poczty elektronicznej:

[iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl) lub listownie na adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, telefon: 22 50 55500.  z wyznaczonym przez PCPR inspektorem ochrony danych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [inspektor@networkart.pl](mailto:inspektor@networkart.pl) .

### Cele i podstawy przetwarzania

Państwa dane osobowe są przetwarzane przez PCPR w celu realizacji programu finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (ustalania, przyznawania i wypłacania świadczeń dla osób niepełnosprawnych) oraz w celu archiwalnym.

Przetwarzanie Państwa danych osobowych odbywa się na podstawie art.6 ust. 1 lit. c oraz art.9 ust. 2 lit .b RODO, w oparciu o:

- Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych(Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.)art.47 ust.1, pkt.4,
- Uchwałę nr 5/2014 Rady Nadzorczej PFRON z dnia 9 czerwca 2014r. w sprawie zatwierdzenia pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”,
- Uchwałę nr 71/2016 Zarządu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z dnia 7.12.2016r. pkt. II ust. 3 i 4, którym jest ustalenie uprawnień i udzielenie dofinansowań w ramach programu „Aktywny Samorząd”,
- Uchwałę nr 16/2019 Zarządu PFRON z dnia 5 marca 2019 zmieniająca uchwałę w sprawie realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd,
- Ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach(t. j. Dz. U. 2018 poz. 217,zpóźn. zm.).

### Odbiorcy danych

Odbiorcami Państwa danych osobowych będą:

- podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa (organy ścigania) oraz podmioty u których w ramach realizacji Programu, może zaistnieć konieczność weryfikacji Państwa wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON (instytucje oświatowe, ośrodki pomocy społecznej, ośrodki szkoleniowe);

- PFRON, który przetwarza Państwa dane w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez PCPR oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

### **Okres przechowywania danych**

Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji Państwa wniosków oraz ewentualnie po ich zakończeniu w celu wypełnienia obowiązku prawnego (wyrażonego w przepisach ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz aktach wykonawczych do tej ustawy) ciążącego na PCPR a następnie zostaną usunięte lub przekazane do archiwum państwowego.

### **Prawa osób, których dane dotyczą**

Zgodnie z RODO przysługuje Państwu:

- a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii (art.15 RODO),
- b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych (art.16 RODO),
- c) prawo do usunięcia danych osobowych, gdy dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane lub dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
- d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych (art.18 RODO), z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
- e) prawo do wniesienia skargi na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa,
- f) niepodlegania decyzjom podjętym w warunkach zautomatyzowanego przetwarzania danych, w tym profilowania (art. 22 RODO).

### **Informacja o wymogu podania danych**

Podanie przez Państwa danych jest dobrowolne, jednakże w celu dokonania prawidłowej obsługi Państwa wniosków niezbędne. Brak podania danych, niejednokrotnie może utrudnić lub całkowicie uniemożliwić załatwianie spraw w sposób zgodny z Państwa oczekiwaniami. Przepisy szczególne mogą jednak przewidywać sytuacje w których podanie danych osobowych jest obowiązkowe.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis)

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Głubczycach.

Zgodnie z § 6 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926)

– „o dofinansowanie likwidacji barier technicznych ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności, a ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem”.

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

Przyczyna niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

- upośledzenie umysłowe,  choroby psychiczne,  zaburzenia głosu, mowy,  choroby słuchu,
- choroby narządu wzroku, \*  niedowidząca, \*  niewidoma,
- choroby narządu ruchu,  epilepsja,  choroby układu oddechowego i krążenia,
- choroby układu pokarmowego,  choroby układu moczowo – płciowego,  choroby neurologiczne,
- inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
- całościowe zaburzenia rozwojowe.

Opis niepełnosprawności związany z trudnościami w poruszaniu się (zakreślić właściwe):

osoba leżąca wymagająca opieki innych osób Tak  Nie

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim Tak  Nie

osoba poruszająca się przy pomocy balkonika, kuli, białej laski itp. Tak  Nie

osoba poruszająca się z pomocą (słowną lub fizyczną) innej osoby Tak  Nie

osoba z dysfunkcją kończyn:

jednej kończyny górnej Tak  Nie

obu kończyn górnych Tak  Nie

jednej kończyny dolnej Tak  Nie

obu kończyn dolnych Tak  Nie

osoba z brakiem kończyn:

jednej kończyny górnej Tak  Nie

obu kończyn górnych Tak  Nie

jednej kończyny dolnej Tak  Nie

obu kończyn dolnych Tak  Nie

Czy osoba posiadająca inne niż powyżej wymienione dysfunkcje utrudniające poruszanie się

Tak  (opisać jakie.....)

Nie

**Czy wskazana jest likwidacja barier technicznych ?**

Nie

Tak , wskazana jest likwidacja barier technicznych w postaci.....

( podać urządzenie lub sprzęt, który ułatwi osobie niepełnosprawnej

wykonywanie podstawowych, codziennych czynności

.....  
pieczętka i podpis lekarza rodzinnego / specjalisty