

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:	<input type="checkbox"/> We własnym imieniu <input type="checkbox"/> Jako rodzic <input type="checkbox"/> Jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
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 <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
ADRES ZAMIESZKANIA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	

Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

- indywidualne
 wspólne

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

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

w tym liczba osób niepełnosprawnych:.....

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych 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	Wartość
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania i uzasadnienie:	

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

Nazwa pola	Wartość
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

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

- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usług
 Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Adres właściciela konta	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	-----

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

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:.....

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprowadzony/uprowadzona 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"/> Wstępny kosztorys lub oferta lub faktura pro - forma
6.	<input type="checkbox"/> Tytuł prawny do lokalu (np. księga wieczysta) -) - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.
7.	<input type="checkbox"/> Zaświadczenie o zameldowaniu w miejscu likwidacji barier architektonicznych - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.
8.	<input type="checkbox"/> Zgoda właściciela budynku, jeżeli Wnioskodawca nie jest Właścicielem - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.
9.	<input type="checkbox"/> Dwa odrębne szkice przedstawiające: 1) aktualną sytuację oraz 2) 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"/> Wstępny kosztorys lub oferta lub faktura pro - forma
6.	<input type="checkbox"/> Tytuł prawny do lokalu (np. księga wieczysta) -) - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.
7.	<input type="checkbox"/> Zaświadczenie o zameldowaniu w miejscu likwidacji barier architektonicznych - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.
8.	<input type="checkbox"/> Zgoda właściciela budynku, jeżeli Wnioskodawca nie jest Właścicielem - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.
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.	Wstępny kosztorys lub oferta lub faktura pro - forma
6.	Tytuł prawny do lokalu (np. księga wieczysta) -) - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.
7.	Zaświadczenie o zameldowaniu w miejscu likwidacji barier architektonicznych - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.
8.	Zgoda właściciela budynku, jeżeli Wnioskodawca nie jest Właścicielem - nie dotyczy w przypadku planowania zakupu urządzenia przenośnego niewymagającego montażu.
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).

Załącznik nr 1 do formularza wniosku

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w złożonym przez mnie wniosku.

W procesie realizacji przedmiotowego zadania.

1. Przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji wniosku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektyw 95-46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1) oraz ustaw wynikających z realizacji zadań PCPR.
2. Moje dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z instrukcji kancelaryjnej.

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
- 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

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

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 2023 r. poz. 100, poz. 173) art.47 ust.1, pkt.4,

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 załatwienie spraw w sposób zgodny z Państwa oczekiwaniami. Przepisy szczególne mogą jednak przewidywać sytuacje w których podanie danych osobowych jest obowiązkowe.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier technicznych

Miejscowość.....data.....

.....
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 – pęciowego, 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 <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| osoba poruszająca się przy pomocy balkonika, kuli, białej laski itp. | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| osoba poruszająca się z pomocą (słowną lub fizyczną) innej osoby | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |

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