**Data wpływu:**
**Nr sprawy: PCPR.41124. .2026.wniosek arch.RSLBA**

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

# WNIOSEK

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

## Część A – DANE WNIOSKODAWCY

### ROLA WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|---|---|
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | ☐ We własnym imieniu<br>☐ Jako rodzic<br>☐ Jako opiekun prawny<br>☐ Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br>☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie<br>☐ na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie |
| **Postanowieniem Sądu:** | |
| **Z dnia:** | |
| **Sygnatura akt:** | |
| **Imię i nazwisko notariusza:** | |
| **Repertorium nr:** | |
| **Zakres pełnomocnictwa:** | ☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br>☐ do rozliczenia dofinansowania<br>☐ do zawarcia umowy<br>☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br>☐ do złożenia wniosku<br>☐ inne |

| DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY | |
|---|---|
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** | |
| **Drugie imię:** | |
| **Nazwisko:** | |
| **PESEL:** | |
| **Data urodzenia:** | |
| **Płeć:** | ☐ mężczyzna ☐ kobieta |

| ADRES ZAMIESZKANIA | |
|---|---|
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Województwo:** | |
| **Powiat:** | |
| **Gmina:** | |
| **Miejscowość:** | |
| **Ulica:** | |
| **Nr domu:** | |
| **Nr lokalu:** | |
| **Kod pocztowy:** | |
| **Poczta:** | |
| **Rodzaj miejscowości:** | ☐ miasto<br>☐ 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:** | ☐ mężczyzna ☐ 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:** | ☐ miasto<br>☐ wieś |

## STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | ☐ tak<br>☐ nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** | ☐ Znaczny<br>☐ Umiarkowany<br>☐ Lekki<br>☐ Nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | ☐ bezterminowo<br>☐ okresowo – do dnia: |
| **Numer orzeczenia:** | |
| **Grupa inwalidzka:** | ☐ I grupa<br>☐ II grupa<br>☐ III grupa<br>☐ nie dotyczy |
| **Niezdolność:** | ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br>☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br>☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br>☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy<br>☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br>☐ Nie dotyczy |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe<br>☐ 02-P – choroby psychiczne<br>☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br>☐ osoba głucha<br>☐ osoba głuchoniema<br>☐ 04-O – narząd wzroku<br>☐ osoba niewidoma<br>☐ osoba głuchoniewidoma<br>☐ 05-R – narząd ruchu<br>☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br>☐ dysfunkcja obu kończyn górnych<br>☐ 06-E – epilepsja<br>☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br>☐ 08-T – choroby układu pokarmowego<br>☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br>☐ 10-N – choroby neurologiczne<br>☐ 11-I – inne<br>☐ 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:** | ☐ tak ☐ nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | ☐ 2 przyczyny<br>☐ 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:

☐ nie dotyczy
☐ zostały poniesione nast. nakłady:

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

## FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Właściciel konta (imię i nazwisko):** | |
| **Nazwa banku:** | |
| **Nr rachunku bankowego:** | __ ____ ____ ____ ____ ____ ____ |

☐ W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Budynek:** | ☐ dom jednorodzinny,<br>☐ wielorodzinny prywatny,<br>☐ wielorodzinny komunalny,<br>☐ wielorodzinny spółdzielczy |
| **Ilość pięter:** | ☐ budynek parterowy,<br>☐ piętrowy,<br>☐ mieszkanie na piętrze (którym?): |
| **Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:** | |

| | |
|---|---|
| **Liczba pokoi:** | ☐ +kuchnia,<br>☐ +łazienka,<br>☐ + wc |
| **Łazienka jest wyposażona w:** | ☐ wannę,<br>☐ brodzik,<br>☐ kabinę prysznicową,<br>☐ umywalkę |
| **W mieszkaniu jest:** | ☐ instalacja wody zimnej,<br>☐ ciepłej,<br>☐ kanalizacja,<br>☐ centralne ogrzewanie,<br>☐ prąd,<br>☐ gaz |
| **Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:** | |

## 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.

**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.

Wniosek , Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier architektonicznych

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

**Klauzula RODO**

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**Tożsamość administratora**

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

**Dane kontaktowe administratora**

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

**Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych**

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

**Cele przetwarzania**

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

**Podstawa prawna przetwarzania**

RODO - rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 dyrektywy 95/46/WE, zwane dalej „RODO".

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

**Okres, przez który dane będą przechowywane**

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

**Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe**

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

**Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Państwu prawo:

1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,

2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,

3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,

4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,

5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,

6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**
Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych
Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

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

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|---|---|
| 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). |
| 6. | □ Zaświadczenie o zameldowaniu w miejscu likwidacji barier architektonicznych. |
| 7. | □ Zgoda właściciela budynku, jeżeli Wnioskodawca nie jest Właścicielem. |
| 8. | □ Wstępny kosztorys. |
| 9. | □ Dwa odręczne szkice przedstawiające: aktualną sytuację oraz planowaną sytuację po przeprowadzonym remoncie. |
| 10. | □ Fotografia miejsca likwidacji barier architektonicznych |
| 11. | □ Inne wymagane dokumenty( stosowne do zakresu robót objętych dofinansowaniem). |

| UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU | |
|---|---|
| **Lp.** | **Plik** |
| 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). |
| 6. | □ Zaświadczenie o zameldowaniu w miejscu likwidacji barier architektonicznych. |
| 7. | □ Zgoda właściciela budynku, jeżeli Wnioskodawca nie jest Właścicielem. |
| 8. | □ Wstępny kosztorys. |
| 9. | □ Dwa odręczne szkice przedstawiające: aktualną sytuację oraz planowaną sytuację po przeprowadzonym remoncie. |
| 10. | □ Fotografia miejsca likwidacji barier architektonicznych |
| 11. | □ 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. wypis z księgi wieczystej) |
| 6. | Zaświadczenie o zameldowaniu w miejscu likwidacji barier architektonicznych. |
| 7. | Zgoda właściciela/ów budynku, jeżeli Wnioskodawca nie jest Właścicielem. |
| 8. | Wstępny kosztorys. |
| 9. | Dwa odręczne szkice przedstawiające: aktualną sytuację oraz planowaną sytuację po przeprowadzonym remoncie. |
| 10. | Fotografia miejsca likwidacji barier architektonicznych |
| 11. | Inne wymagane dokumenty( stosowne do zakresu robót objętych dofinansowaniem). |

**Załącznik nr 1 do formularza wniosku**

**Klauzula informacyjna RODO dot. przetwarzania danych osobowych na podstawie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze**

| | |
|---|---|
| **TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA** | Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (REGON: 531596875) reprezentowane przez Kierownika. Mogą się Państwo z nim kontaktować listownie: ul. Jana III Sobieskiego 5A, 48-100 Głubczyce oraz telefonicznie: 774858773. |
| **DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH** | Pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania danych osobowych, a także przysługujących uprawnień, może Pani/Pan kierować do Inspektora Ochrony Danych pisemnie na adres siedziby Administratora, jak również pod numerem telefonu:<br>887818800 lub poprzez e-mail: biuro@centrumcyfryzacji.pl |

**CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWA PRAWNA**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu związanym przeprowadzeniem wywiadu środowiskowego.
Pani/Pana dane będą przetwarzane na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. c oraz f oraz danych wrażliwych art. 9 ust. 2 lit. b, c, f, g oraz h Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 dyrektywy 95/46/WE (RODO).

| | |
|---|---|
| **ODBIORCY DANYCH** | Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania przepisami prawa oraz podmiotom realizującym usługi w imieniu i na rzecz Administratora w zakresie niezbędnym dla prawidłowego funkcjonowania. |
| **OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH** | Pani/Pana dane będą przetwarzane i przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych powyżej, a po tym czasie przez okres przewidziany w Instrukcji kancelaryjnej, stanowiącej załącznik nr 1 do Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U. 2011 nr 14 poz. 67 oraz nr 27 poz. 140). |
| **PRAWA PODMIOTÓW DANYCH** | Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia (jeśli zachodzi jedna z okoliczności wskazanych w art. 17 ust. 1 RODO i jeżeli przetwarzanie danych osobowych nie jest niezbędne w zakresie wskazanym w art. 17 ust. 3 RODO), ograniczenia przetwarzania (w przypadkach wskazanych w art. 18 ust. 1 RODO), prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody) w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wszystkie wymienione prawa wymagają pisemnej formy. |
| **PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO** | Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani/Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia. Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), Adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, Telefon: 22 531 03 00. |
| **ŹRÓDŁO POCHODZENIA DANYCH OSOBOWYCH** | Dane pochodzą od osób których dane dotyczą i zostały udostępnione na podstawie wywiadu środowiskowego lub zostały zgromadzone na podstawie obowiązku ustawowego. |

**INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa. W przypadku niepodania przez Panią/Pana swoich danych osobowych, Administrator nie będzie mógł zrealizować celu zadania ustawowego, co może skutkować konsekwencjami przewidzianymi przepisami prawa.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **Imię Wnioskodawcy** | **Nazwisko Wnioskodawcy** | **Data** | **Czytelny podpis Wnioskodawcy** |

**Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych**

…… Miejscowość…….data……....

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Głubczycach.

prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim

Zgodnie z § 6 pkt 1 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 architektonicznych ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, **które mają trudności w poruszaniu się (…),** jeżeli 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……

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

osoba posiadająca inne niż powyżej wymienione dysfunkcje utrudniające poruszanie się
☐ Nie ☐ Tak (opisać jakie)…….....

**Czy wskazana jest likwidacja barier architektonicznych ?** :

☐ Nie

☐ Tak, wskazana jest likwidacja barier architektonicznych w postaci…….....

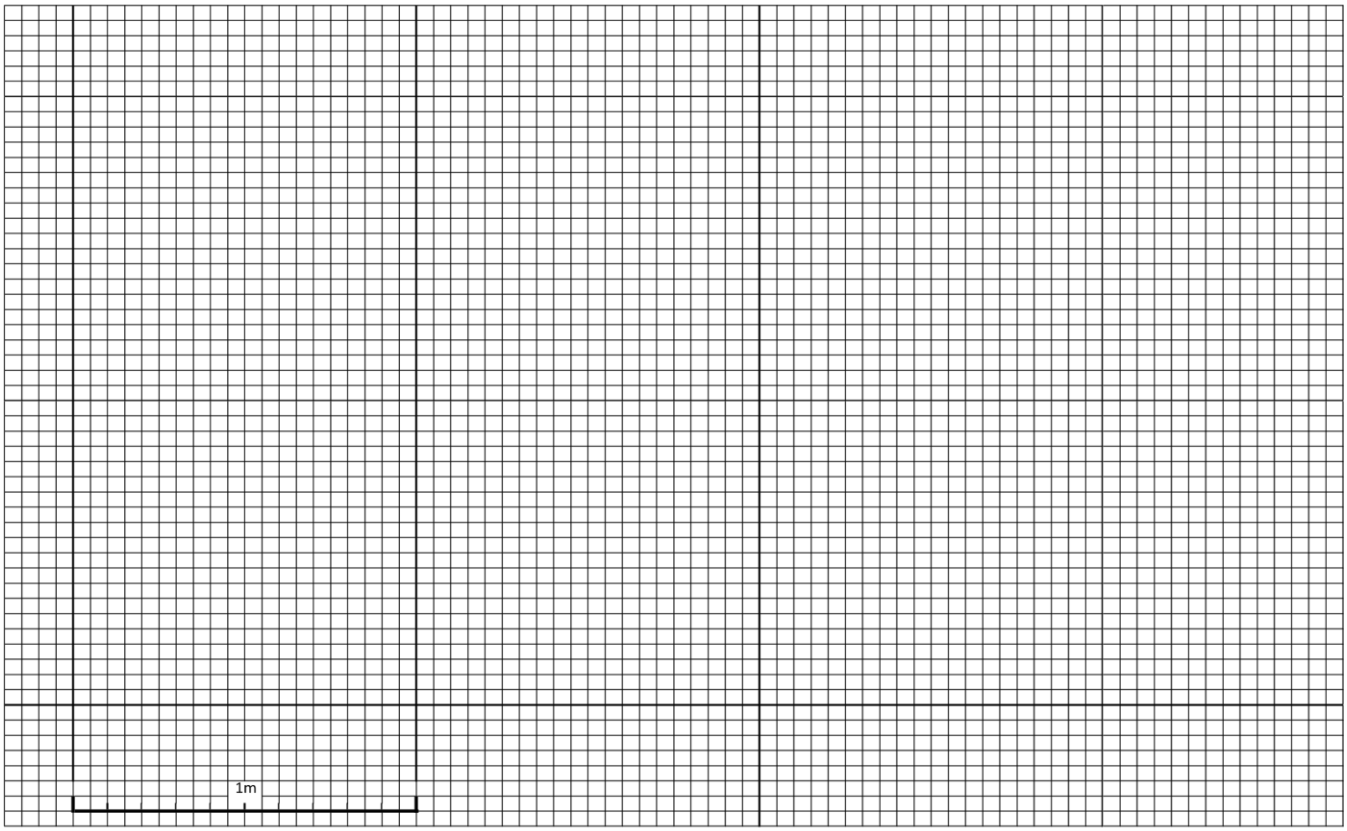
.....

pieczątka i podpis lekarza rodzinnego / specjalisty

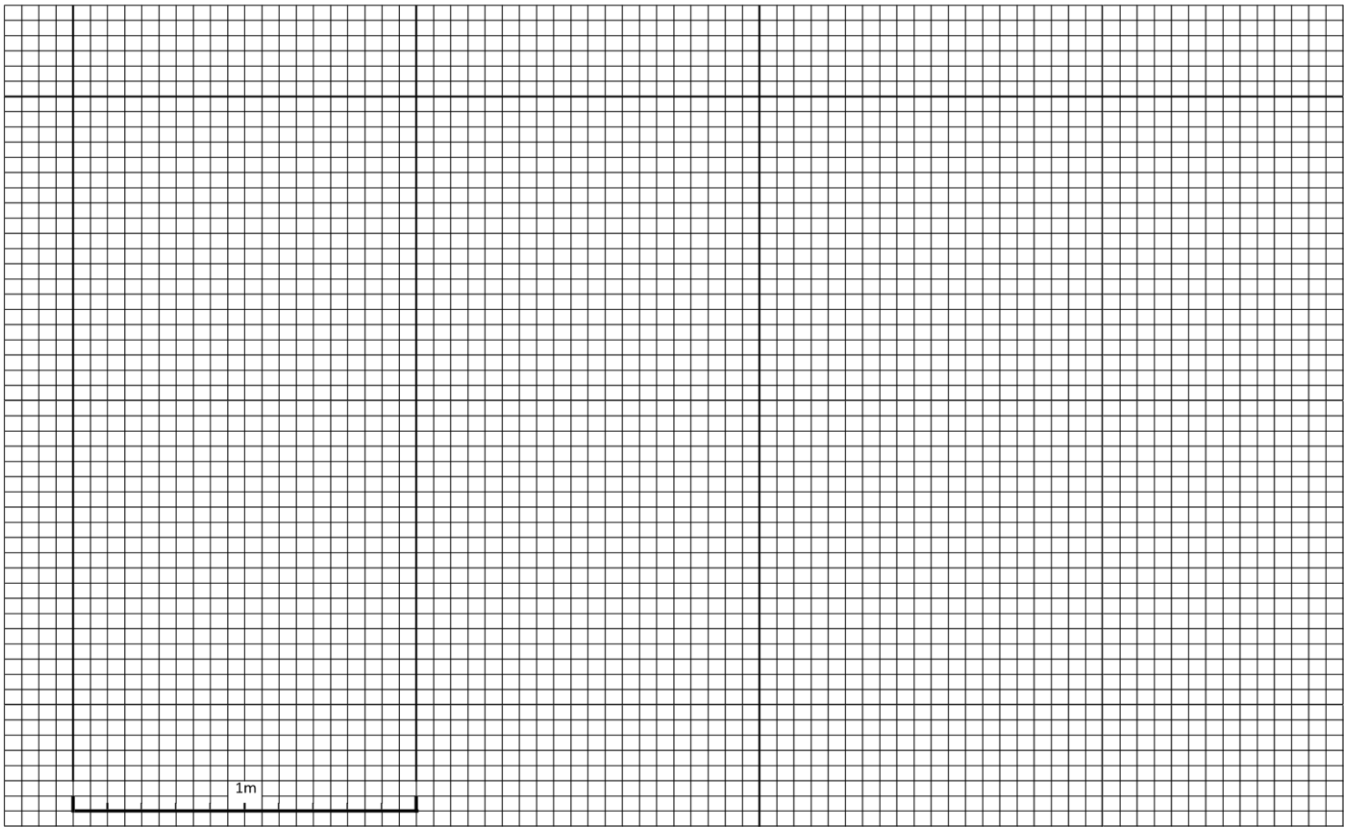
## SZKIC POMIESZCZEŃ *

**Imię i nazwisko Wnioskodawcy** ..... **Adres (miejsce realizacji zadania)** .....

Stan obecny (rzut pomieszczenia przed przystosowaniem)




Stan projektowany (rzut pomieszczenia po przystosowaniu)




*Rysunki powinny być wykonane czytelnie i z zachowaniem proporcji. Powinny zawierać rzeczywiste obmiary, tj. wysokość pomieszczenia, wymiary ścian, otworów drzwiowych/okiennych oraz urządzeń sanitarnych – wanny, kabiny prysznicowej, umywalki, itp..

(a)pierwszy rysunek - przedstawiający stan obecny – aktualne wymiary pomieszczenia oraz usytuowanie urządzeń,

(b) drugi rysunek - przedstawiający stan projektowany – docelowe wymiary pomieszczenia oraz nowe usytuowanie urządzeń i specjalistycznego wyposażenia,

Głubczyce, ……...……..…….. 202….. r.

**OŚWIADCZENIE WŁAŚCICIELA/WSPÓŁWŁAŚCICIELA NIERUCHOMOŚCI**

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie: ……...……..……..…….

Jako ……...…..…….., ……..……..……..……..
(właściciel, współwłaściciel) (lokalu, mieszkania, budynku, inne)

przy ul./na os. ……..……...…..… wyrażam zgodę
(adres)

na wykonanie likwidacji barier w postaci ……...……..……..……..…….

……..……..
w celu likwidacji barier architektonicznych pod wyżej wskazanym adresem.

……...……
(czytelny podpis właściciela nieruchomości)

**Kosztorys ofertowy dotyczący przystosowania pomieszczenia sanitarnego dla potrzeb osoby niepełnosprawnej**

Imię, nazwisko Wnioskodawcy ……

Adres zamieszkania Wnioskodawcy (miejsce realizacji zadania): ……..……..

| poz. | WYMIARY POMIESZCZENIA: długość: ……..... szerokość : ……..…. wysokość: ……..…… POWIERZCHNIA POMIESZCZENIA ……..……..……..…… rodzaj prac | *wycena Wnioskodawcy/Wykonawcy* Jedn. | ilość | **cena jednostkowa **(BRUTTO)** | ** łączna wartość (kol. 4 x kol. 5) **(BRUTTO)** |
|---|---|---|---|---|---|
| kol. 1 | kol. 2 | kol. 3 | kol. 4 | kol. 5 | kol. 6 |
| 1. | ☐ **demontaż istniejących urządzeń sanitarnych** | | | | |
| | ☐ wanna | Szt. | …… | …….. | …….. |
| | ☐ kabina prysznicowa (brodzik:) | Szt. | …… | …….. | …….. |
| | ☐ umywalka | Szt. | …… | …….. | …….. |
| | ☐ muszla ustępowa | Szt. | …… | …….. | …….. |
| | ☐ bidet | Szt. | …… | …….. | …….. |
| | ☐ instalacja wod.-kan, | Kpl. | …… | …….. | …….. |
| | ☐ inne ……..…… | Szt. | …… | …….. | …….. |
| | ☐ **prace rozbiórkowe** | | | | |
| | ☐ okładziny ścienne: rodzaj ……..……. | $m_2$ | …… | …….. | …….. |
| | ☐ okładziny podłogowe: rodzaj ……..……. | $m_2$ | …… | …….. | …….. |
| | ☐ posadzka betonowa grubości | $m_2$ | …… | …….. | …….. |
| | ☐ skucie tynków | $m_2$ | …… | …….. | …….. |
| | ☐ likwidacja progów i wyrównanie poziomów podłogi | | | | |
| | …… | ….. | ……..... | ……..... | ……..... |
| | …… | ….. | …… | …… | …… |
| 2. | ☐ **wykonanie natrysku** | | | | |
| | ☐ z brodzikiem | Szt. | …… | …….. | …….. |
| | ☐ bez brodzika z odwodnieniem liniowym/punktowym w posadzce | Szt. | …… | …….. | …….. |
| | ☐ wydzielony przegrodą: ☐ szklaną (z drzwiami szklanymi / bez drzwi) | Szt. | …… | …….. | …….. |
| | ☐ murowaną o powierzchni ..……$m^2$ | Szt. | …… | …….. | …….. |
| | ☐ zasłonką | Szt. | …….. | …….. | …….. |
| | ☐ ……..…… | Szt. | …….. | …….. | …….. |
| | ☐ kabina modułowa (komplet: brodzik + ścianki,) | Szt. | …….. | …….. | …….. |
| | ☐ montaż natrysku - robocizna | Szt. | …… | …….. | …….. |
| 3. | ☐ **zakup baterii natryskowej/wannowej** | Szt. | ……. | …….. | ……..…….. |
| | ☐ **montaż baterii natryskowej/wannowej - robocizna** | Szt. | …… | …….. | …… |
| 4. | ☐ **zakup wanny - w uzasadnionych sytuacjach zamiast natrysku) (uzasadnienie)……** | Szt. | …… | …….. | …… |
| | ☐ **montaż wanny - robocizna** | Szt. | ..... | ……..…… | ..... |
| 5. | ☐ **antypoślizgowe okładziny na posadzce atest R10 (rodzaj:……..……..……)** | $m_2$ | …… | …… | …… |
| | ☐ **montaż podłoża - robocizna** | $m_2$ | …… | ……..… | …… |
| 6. | ☐ **okładziny ścienne do 1,6 m. rodzaj……** | $m_2$ | …… | …… | …… |
| | ☐ **montaż okładzin ściennych do 1,6 m.** | $m_2$ | ……..… | …….… | ……..… |
| 7. | ☐ **zakup umywalki** | Szt. | …… | …… | …… |
| | ☐ **montaż umywalki** | Szt. | …… | …… | …… |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 8. | ☐ **zakup baterii umywalkowej**<br>☐ **montaż baterii umywalkowej** | Szt.<br>Szt. | ……<br>……..… | ……<br>……..… | ……<br>……..… |
| 9. | ☐ **zakup muszli ustępowej -WC**<br>☐ **stojącej,** ☐ **podwieszanej (ze stelażem)**<br>☐ **montaż muszli ustępowej -WC** | Szt.<br><br>Szt. | ……<br>……..… | ……<br>……..… | ……<br>……..… |
| 10. | ☐ **poszerzenie otworów drzwiowych do szerokości min. 90 cm** (wraz z ościeżnicą, skrzydłem drzwiowym)<br>☐ **montaż drzwi** | Szt.<br>Szt. | ……<br>……..… | ……<br>……..… | ……<br>……..… |
| 11. | ☐ **uzupełnienie tynków wraz z gruntowaniem** | m2 | …… | …….. | …….. |
| 12. | ☐ **zakup uchwytów *****<br>□ uchwyt ścienny kątowy<br>□ uchwyt ścienny uchylny<br>□ uchwyt ścienny prosty 40cm<br>□ uchwyt ścienny prosty 60cm<br>□ uchwyt ścienny prosty 80 cm<br>□ uchwyt ścienno- podłogowy<br>□ inny……<br>☐ montaż uchwytów | <br>Szt.<br>Szt.<br>Szt.<br>Szt.<br>Szt.<br>Szt.<br>Szt.<br>Szt. | <br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>…… | <br>……..<br>……..<br>……..<br>……..<br>……..<br>……..<br>……..<br>…….. | <br>……..<br>……..<br>……..<br>……..<br>……..<br>……..<br>……..<br>…… |
| 13.<br>13.1.<br>13.2.<br>13.3.<br>13.4. | ☐ **siedzisko natryskowe *****<br>☐ siedzisko mocowane do ściany<br>☐ wózek toaletowy<br>☐ stołek prysznicowy<br>☐ montaż siedziska | <br>Szt.<br>Szt.<br>Szt.<br> | ……<br>……<br>……<br>……<br>…… | ……..<br>……..<br>……..<br>……..<br>…….. | ……..<br>……..<br>……..<br>……..<br>…… |
| 14. | W przypadku osób z orzeczeniem 04-O<br>☐ **oświetlenie** (dostosowane do niepełnosprawności)<br>☐ **robocizna oświetlenia** | | ……<br>…… | ……..<br>…… | ……..<br>…… |
| 15. | ☐ **koszt utylizacji** (obejmujący opłatę wysypiskową oraz wywóz gruzu) | | …… | ……..… | ……..… |
| 16. | ☐ instalacja wod. – kanal.<br>Koszt rur, kształtek (trójnik, złączka, kolano. Itp.) , izolacji, itp.<br>……<br>……<br>……<br>☐ robocizna instalacji wod. – kan. | | ……..<br>……..<br>……..<br>…… | ……<br>……...<br>……..<br>……..… | ……..…..<br>……..<br>……..<br>……..… |
| 17. | ☐ **inne****** (cement, tynk ,styropian, fuga, klej itp. ) wymienić poniżej:<br>……<br>……<br>☐ robocizna | | ……..<br>……..<br>……..<br>…… | ……..<br>……..<br>……..<br>……..… | ……..<br>……..<br>……..<br>……..… |
| 18. | ☐ inne<br>……<br>…… | | ……..<br>……. | ……..<br>……. | ……..<br>……. |
| | | **RAZEM BRUTTO:** | | | |

*** o standardzie wynikającym z dołączonej do kosztorysu oferty

**** w kosztach przedsięwzięcia nie uwzględnia się m.in. takich prac, jak remont sufitu (tynkowanie, malowanie, montaż sufitu podwieszanego), prac malarskich, i innych prac remontowo-wykończeniowych, podnoszących jedynie standard pomieszczenia, ale nie mających wpływu na poprawę funkcjonowania osoby niepełnosprawnej.