

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania
osoby niepełnosprawnej**

**UWAGA!!! ROZPOCZĘCIE PRAC WRAZ Z ZAKUPEM KONIECZNYCH
MATERIAŁÓW DOKONYWANE JEST PO PODPISANIU UMOWY OBEJMUJĄCEJ
ZAKRES DOFINANSOWANIA**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

Imię i nazwisko

(imię i nazwisko, w przypadku osoby, która nie ukończyła 18 roku życia należy podać jej dane)

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Data urodzenia **nr telefonu, e-mail ***

Adres zamieszkania kod miejscowość

ulica..... nr domu..... nr lokalu gmina

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO LUB
PEŁNOMOCNIKA**

..... PESEL

(imię i nazwisko)

miejscowość..... ul. nr domu

nr lokalu..... kod poczta gmina

telefon, e-mail*

***POUCZENIE:** podanie niniejszych danych (telefon i adres e-mail) jest dobrowolne i stanowi wyraźne działanie Wnioskodawcy potwierdzające i przyzwalające na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych.

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

I. Posiadane orzeczenie:

- | | | | |
|---|-----------------|---------------------|---------------|
| 1). o stopniu niepełnosprawności | Znacznym | Umiarkowanym | Lekkim |
| 2). o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów | I | II | III |
| 3). o całkowitej/ częściowej niezdolności do pracy/ niezdolności do samodzielnej egzystencji/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym/ | | | |
| 4). o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia | | | |

II. Rodzaj niepełnosprawności. Proszę podać maksymalnie 3.

- ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe
- ☐ 02-P – choroby psychiczne

- ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
 - ☐ osoba głucha
 - ☐ osoba głuchoniema
- ☐ 04-O – narząd wzroku
 - ☐ osoba niewidoma
 - ☐ osoba głuchoniewidoma
- ☐ 05-R – narząd ruchu
 - ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
 - ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych
- ☐ 06-E – epilepsja
- ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego
- ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- ☐ 10-N – choroby neurologiczne
- ☐ 11-I – inne
- ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

III. Sytuacja zawodowa

- ☐ zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą
- ☐ osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- ☐ bezrobotny/ rencista poszukujący pracy
- ☐ rencista/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- ☐ dzieci i młodzież do lat 18

IV. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

- ☐ Nie korzystałem
- ☐ Korzystałem

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

V. Sytuacja mieszkaniowa Wnioskodawcy – opis budynku i mieszkania zajmowanego przez Wnioskodawcę, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych

1. dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*,
2. inne*
3. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (proszę podać kondygnację)

4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy
5. opis mieszkania zajmowanego przez osobę niepełnosprawną: pokoje (podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez wc*
6. łazienka jest wyposażona w: wannę*, wysoki brodzik*, niski brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych

.....

** niepotrzebne skreślić*

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

oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (Ustawa z dnia 28.11.2003 roku o świadczeniach rodzinnych -t.j. Dz.U.2025.1208 z późn.zm.) **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił złotych.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym

w tym liczba osób niepełnosprawnych

VII. Cel dofinansowania i miejsce realizacji zadania:

a) Cel dofinansowania

.....

.....

.....

b) miejsce realizacji zadania związanego z likwidacją barier architektonicznych (adres)

.....

c) Numer elektroniczny księgi wieczystej

.....

VIII. Uzasadnienie składanego wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IX. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

X. Przewidywany koszt zadania (zgodnie z załącznikiem nr 1 do wniosku)

.....

(100% wnioskowanych prac, zakupów, robót budowlanych).

XI. Kwota wnioskowanego dofinansowania:

..... zł

(słownie złotych:)
co stanowi nie więcej niż 95% wartości wnioskowanych prac, zakupów, robót budowlanych.

XII. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

.....

XIII. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....

XIV. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł:

.....

XV. Oświadczenie o miejscu pobytu stałego:

Pouczony/a o treści art.25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 roku o ewidencji ludności (t.j. Dz.U.2025.274 z późn. zm.), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/miejscem pobytu stałego dziecka/miejscem pobytu stałego osoby w imieniu, której składam wniosek¹ jest:

.....

(adres miejsca pobytu stałego)

Pod wyżej wymienionym adresem było (podać rok)...../ nie było¹
realizowane dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z procedurą dofinansowania zamieszczoną na stronie internetowej: www.pcpr.powiat.krakow.pl, w szczególności z informacjami, że: **dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie**

Ja niżej podpisany/a pouczone/a o odpowiedzialności karnej z art.233 par.1 Kodeksu Karnego* za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 par. 2 kpa oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

*Art.233 par.1 KK – „Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

W przypadku złożenia fałszywych zeznań kwota dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych podlega zwrotowi.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż niniejszy wniosek zostanie zarejestrowany przez PCPR w Krakowie w Systemie Obsługi Wsparcia (SOW).

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w Krakowie w ciągu 14 dni.

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KRAKOWIE

1. Administratorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie, z siedzibą w Krakowie, al. Słowackiego 20, 30-037 Kraków, tel: 12 39-79-004, adres e-mail: pcpr@powiat.krakow.pl.
2. Administrator powołał Inspektora ochrony danych. Dane kontaktowe to: nr tel.: 12-39-79-004, e-mail: ap-pcpr@powiat.krakow.pl.
3. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się w celu przyznania Wnioskodawcy dofinansowania, ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
4. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody na przetwarzanie danych osobowych osoby, której dane dotyczą (art. 6 ust. 1. lit. a RODO) oraz jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1. lit. c RODO) na podstawie §11 ust.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 (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 926 z późn. zm.).
5. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody jest możliwe poprzez złożenie do siedziby Administratora pisemnego wniosku o wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych.
6. Dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Odbiorcami danych są podmioty świadczące asystę techniczną oprogramowania służącego do obsługi zadań PFRON oraz podmioty świadczące usługi archiwizacji akt oraz niszczenia dokumentacji archiwalnej.
7. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do przyznania i rozliczenia dofinansowania oraz przez okres niezbędny do przestrzegania obowiązujących przepisów prawa i regulacji. Kryterium ustalenia tego okresu jest konieczność przechowywania dokumentów zgodnie kategorią archiwalną (B10) oraz wymogi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
8. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
9. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych, a także prawo do przenoszenia swoich danych osobowych.
10. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego: Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
12. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Konsekwencją niepodania danych osobowych lub wycofania zgody na ich przetwarzanie jest uniemożliwienie przyznania dofinansowania.

.....
data

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

Załączniki do wniosku:

1. Kopię posiadanego orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia: o stopniu niepełnosprawności lub o zaliczeniu do jednej z trzech grup inwalidów lub o całkowitej/ częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (***wydane przed dniem 1 stycznia 1998r. na stałe***)/ i niezdolności do samodzielnej egzystencji, niezdolności do samodzielnej egzystencji lub niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia - **oryginał do wglądu**;
 2. Wykaz planowanych przedsięwzięć (zakupów, prac, robót budowlanych) w celu likwidacji barier architektonicznych i przewidywany koszt zakupów, prac, robót budowlanych związanych z realizacją zadania – Załącznik Nr 1 do wniosku;
 3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o ograniczeniach i rodzajach niepełnosprawności powodujących utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu - Załącznik Nr 2 do wniosku;
 4. Pisemna zgoda właściciela/ właścicieli lokalu/budynku na wykonanie prac w ramach likwidacji barier architektonicznych – Załącznik Nr 3 do wniosku;
 5. Szkic pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych (z podaniem ich wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego) – Załącznik Nr 4 do wniosku;
 6. Aktualne zdjęcia pomieszczeń/ miejsc, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych, z podaniem imienia i nazwiska Wnioskodawcy, adresem miejsca ich wykonania, datą (na odwrocie wydrukowanego zdjęcia).
-