DRSON.……………....…/ ……… *…………………………………………………*

 *numer wniosku data wpływu wniosku do PCPR*

**W N I O S E K**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**

 **Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych**

**I. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek**

…………………………………………………………............................................................

*imię (imiona) i nazwisko.*

nr PESEL ……………………………........................................................................................

miejscowość ………………… ulica …………………… nr domu …… nr lokalu……..….…

*dokładny adres*

kod …..…-………… poczta ……..…………………… powiat ………...……………..……...

 nr tel. …..................................................................................................………………………

  **Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika**

 **wnioskodawcy:**

…………………………………………………………..............................................................

*imię (imiona) i nazwisko*

nr PESEL …………………………………………………………………….……...……….…

miejscowość …………………… ulica …………………… nr domu …… nr lokalu…….…...

*dokładny adres*

kod ..……-……….. poczta …………………………… powiat …………….……………..…..

**II. Przedmiot dofinansowania**

…………………………………………………………………………………………..………………………………………………………….……………………………………..…………

1. **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………..………………...………

**IV. Nazwa banku i nr rachunku** ….............................………………..…………………........

 ………………………………………………………………………………………..………

**V. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania (uzasadnienie)**

………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………...

 **VI. Przewidywany koszt realizacji zadania** ……………………………………………….

 **VII. Termin rozpoczęcia**………………………………... **i przewidywany czas realizacji**

 **zadania** …………………………………………………………………………….…….….

 **VIII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji**

 **Osób Niepełnosprawnych** □ **TAK** □ **NIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cel dofinansowania**  | **Nr zawartej umowy**  | **Data przyznania dofinansowania** | **Stan rozliczenia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **IX. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON**

………………………………………………………………………………….....................

**X. Dane dodatkowe**

**Rodzaj niepełnosprawności**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim |  |
|  | inna dysfunkcja narządu ruchu |  |
|  | dysfunkcja narządu wzroku |  |
|  | dysfunkcja narządów słuchu i mowy |  |
|  | deficyt rozwojowy ( upośledzenie umysłowe)  |  |
|  | niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |  |

 **Sposób poruszania się**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **TAK** | **NIE** |
| 1. | samodzielnie  |  |  |
| 2. | na wózku inwalidzkim  |  |  |
| 3. | o kulach lub lasce |  |  |
| 4. | korzysta z pomocy innej osoby |  |  |

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam,że powyższe dane są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że **nie mam/ mam\*** zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)** odpowiednio na te cele dofinansowania ze środków Funduszu**.**

 **……………………………………………**

(data i podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,

opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)

*\*niepotrzebne skreślić*

**Załączniki do wniosku:**

**(Wniosek należy dostarczyć wypełniony z kompletem wymaganych załączników)**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne (oryginał do wglądu).
2. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty lub specjalisty, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności (druk w załączeniu).
3. Kopię aktualnych dokumentów potwierdzających tytuł prawny do lokalu (oryginał do wglądu).
4. Szkic pomieszczeń w których ma być przeprowadzona likwidacja i ich wymiary (metraż).
5. Kosztorys.
6. Zgoda właściciela lokalu lub budynku, w którym stale zamieszkuje, na przeprowadzenie prac związanych z likwidacją barier architektonicznych (jeżeli dotyczy).
7. Pełnomocnictwo udzielone przez wnioskodawcę na rzecz pełnomocnika w formie notarialnej (jeżeli dotyczy).

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że

1. *Administratorem przekazanych danych osobowych jest* ***Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie, ul. Miła 26, 77-100 Bytów;***
2. *Z Inspektorem ochrony danych można kontaktować się e-mailowo:* pod adresem - iod@pcprbytow.pl
3. *Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;*
4. *Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych);*
5. *Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie konsekwencjami określonymi w ustawach wskazanych w pkt 3;*
6. *Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania;*
7. *Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;*
8. *Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;*
9. *Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie i nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.*

..…………………………………. ……………………………………………

 (miejscowość data) (podpis wnioskodawcy)