



pieczęć PCPR

.....
data wpływu kompletnego wniosku

.....
numer wniosku

W N I O S E K

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

DANE OSOBY DOROSŁEJ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB DANE DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

..... PESEL
imię i nazwisko

seria nr wydany przez
dowód osobisty

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

kod pocztowy poczta powiat

województwo nr telefonu

I.A. Stopień niepełnosprawności (1)

1. znaczny, • inwalidzi I grupy, • osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji, • osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny (<i>orzeczenia wydane przed 1.01.1998r.</i>) • osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany, • inwalidzi II grupy, • osoby całkowicie niezdolne do pracy • inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki, • pozostali inwalidzi III grupy, • osoby częściowo niezdolne do pracy, • osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <i>(orzeczenia wydane przed 1.01.1998r.)</i>	

I.B. Rodzaj niepełnosprawności (1)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,	
2. wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk,	
3. inna dysfunkcja narządu ruchu,	
4. dysfunkcja narządu wzroku,	
5. dysfunkcja narządów słuchu i mowy,	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) lub choroba psychiczna,	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

(1) wstawić X we właściwej rubryce

II. Sytuacja zawodowa (1)

1. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*,	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*,	
3. bezrobotny poszukujący pracy* / rencista poszukujący pracy*,	
4. rencista* / emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy,	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

III. A. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum) (1)

1. złe,	
2. przeciętne,	
3. dobre,	
4. bardzo dobre	

III. B. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

- dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*,
- inne
- budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (podać kondygnację)
- przybliżony wiek budynku lub rok budowy
- opis mieszkania: pokoje (liczba), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez wc*,
- łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*,
- w mieszkaniu jest instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*,
- inne informacje o warunkach mieszkaniowych

III. C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje: (1)

1. samotnie,	
2. z rodziną,	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

III. D. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto (4)
	stopień (2)	rodzaj (3)	
1. - wnioskodawca			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
RAZEM:	-	-	

- proszę wstawić X we właściwej rubryce,
- proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I.A,
- proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I.B,
* niepotrzebne skreślić

Pouczenie:

(4) Średni miesięczny dochód w rozumieniu ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. z 2025, poz. 1208) pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób

IV. Średni dochód miesięczny (netto) na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy
 Dochód ustalony w pkt. III D należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że średni miesięczny dochód (obliczony za miesiąc poprzedzający dzień złożenia wniosku) przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym wynosi zł
 (słownie:)

V. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w okresie ostatnich 3 lat

	rok otrzymania dofinansowania	wys. przyznanych środków
1. na likwidację barier architektonicznych		
2. na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych		

3. korzystałem w latach wcześniejszych na bariery architektoniczne	
4. nie korzystałem nigdy	

VI. Dane informacyjne o wnioskodawcy

wykształcenie		rodzaj źródła utrzymania	
1. brak		1. wynagrodzenie za pracę	
2. niepełne podstawowe		2. przychody z działalności gospodarczej lub rolniczej	
3. podstawowe		3. renta stała* okresowa* socjalna* rodzinna*/emerytura*	
4. średnie ogólnokształcące		4. zasiłek dla bezrobotnych	
5. średnie zawodowe		5. świadczenia z pomocy społecznej	
6. policealne		6. stypendium	
7. wyższe		7. alimenty	
8. wyższe ze stopniem naukowym		8. inne (jakie?)	

VII. Cel likwidacji barier architektonicznych (urbanistycznych) – uzasadnienie składanego wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VIII. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier architektonicznych

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IX. Miejsce i adres realizacji zadania

X. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

XI. Nazwa banku i numer rachunku bankowego Wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego, na który mają być przekazywane przyznane środki Funduszu

XII. Przewidywany koszt realizacji zadania
Słownie złotych

XIII. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu (max. do 95% kosztu całości)
Słownie złotych

WYPEŁNIĆ JEŻELI DOTYCZY!!!

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... PESEL

imię i nazwisko

seria dowodu osobistego nr wydany przez

miejscowość ulica nr domu nr lokalu

nr kodu poczta powiat tel.

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*

postanowieniem Sądu Rejonowego

lub na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

- **Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny, oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.**

- **O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.**

- **Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec PFRON i w przeciągu 3 lat nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.**

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rykach** reprezentowane przez Dyrektora (adres: ul. Leona Wyczółkowskiego 10a, 08-500 Ryki, tel. 81/8654852, e-mail: pcprzyki@op.pl)
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: inspektor@cibi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.

- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu dofinansowania ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. b, c i art. 9 ust 2 lit h RODO) w zw. z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2025 poz. 913 ze zm.) oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015r. poz. 926). W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celach kontaktowych.
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 5 lat. Natomiast z przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 6) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo do usunięcia danych określone w przepisach prawa;
 - e) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - f) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
- 9) Państwa dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia Administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie Administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego. Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, tj. usługodawcom wykonującym usługi serwisu systemów informatycznych, podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT, dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom usług informatycznych w zakresie systemów księgowo-ewidencyjnych, dostawcy usług hostingu poczty mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową, dostawcy usług brakowania bądź archiwizowania dokumentacji i nośników danych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, iż wniosek o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych będzie podlegał rozpatrzeniu po otrzymaniu środków finansowych PFRON. W związku z tym w przypadku braku środków finansowych wniosek może nie zostać rozpatrzony w terminie 30 dni od jego złożenia. Informacja o późniejszym terminie rozpatrzenia wniosku zostanie przekazana telefonicznie.

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

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR w Rykach

/PROSZĘ O WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA W JĘZYKU POLSKIM/

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: PESEL:

Adres:

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji *

- dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się;
- na wózku inwalidzkim
 - na stałe
 - okresowo
- za pomocą kul
- za pomocą balkoniku
- osoba leżąca
- wrodzony brak albo amputacja dłoni/rąk lub nóg*
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu/mowy*
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)

inne (podać jakie)

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

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

Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

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

Pacjent wymaga/nie wymaga ** przystosowania budynku mieszkalnego i jego najbliższego otoczenia stosownie do potrzeb jego niepełnosprawności.

Data

.....
Podpis i pieczętka lekarza specjalisty

* właściwe zaznaczyć

** niepotrzebne skreślić

Zaświadczenie ważne jest 30 dni od dnia wystawienia.