

Zarządzenie nr 3.2026r.
z dnia 08.01.2026r.

Zarządzenie nr 3.2026
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach
z dnia 08.01.2026r.

w sprawie: zasad przyznawania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowań do zadań z zakresu rehabilitacji społecznej w ramach likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się w związku indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych w 2026 r.

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz.U. 2025r, poz. 913) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t. j. Dz. U.2015 r, poz.926), **zarządza się o następuje:**

§1

W wyniku konsultacji pomiędzy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach a Powiatową Społeczną Radą do Spraw Osób Niepełnosprawnych, działającą przy Staroście Obornickim, przyjmuje się **zasady** przyznawania i **wysokość dofinansowań w 2026 r.** do zakupu sprzętu, urządzeń, materiałów oraz wykonania usług / robót budowlanych w ramach likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się, które zostały określone w niniejszym Zarządzeniu.

§2

W 2026r. wnioski rozpatrywane są zgodnie z kolejnością wpływu do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, oddzielnie dla każdej z barier funkcjonalnych, do wyczerpania łącznych środków określonych Uchwałą Rady Powiatu Obornickiego na realizację tych zadań w bieżącym roku.

Udzielanie dofinansowań opiera się na **ogólnych zasadach** udzielania osobom niepełnosprawnym dofinansowań, określonych w *Załączniku nr 1* do niniejszego Zarządzenia oraz **zasadach szczegółowych** określonych w niniejszym Zarządzeniu.

Dofinansowaniu podlega zakup sprzętu, urządzeń, materiałów oraz wykonanie robót z zakresu likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się, które określone w **Katalogu typowego sprzętu oraz typowych prac**, które są kwalifikowalne do dofinansowania ze środków PFRON, zawarte w *Załączniku nr 2* do niniejszego Zarządzenia.

Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych przysługuje oddzielnie na każdy rodzaj zadania.

§3

Maksymalna wysokość dofinansowania przedsięwzięcia w zakresie likwidacji **barier architektonicznych** wynosi **do 80%** kosztów urządzeń, materiałów i robót określonych w kosztorysie budowlanym, sporządzonym przez inspektora budowlanego według średnich cen rynkowych, w przypadku, jeśli wnioskodawca posiada orzeczenie o **znacznym lub umiarkowanym** stopniu

niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne oraz jeśli wnioskodawca posiada orzeczenie o niepełnosprawności osób w wieku do 16r.ż.,

Wnioski złożone w bieżącym roku rozpatrywane będą według kolejności złożenia wniosku.

O ostatecznej wysokości kwoty przyznanego dofinansowania w zakresie likwidacji barier architektonicznych, decyduje Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w wyniku zaopiniowania wniosków przez Powiatową Społeczną Radą do Spraw Osób Niepełnosprawnych, podlegających rozpatrywaniu w 2026r.

§4

Maksymalna wysokość dofinansowania zakupu (i montażu) sprzętu w zakresie likwidacji **barier technicznych** w 2026r. wynosi **do 95 % ceny sprzętu**, w tym do zakupu:

- telefonu komórkowego - kompatybilnego z sensorem do systemu ciągłego monitorowania glikemii maksymalnie do 70% ceny urządzenia.

jeśli jest to uzasadnione indywidualnymi potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności Wnioskodawcy.

§5

Wysokość dofinansowania zakupu urządzeń, urządzeń elektronicznych i/lub oprogramowania w zakresie likwidacji **barier w komunikowaniu się** w 2026r. wynosi **do 95 % ceny urządzeń elektronicznych/oprogramowania**, w tym do zakupu:

- sprzętu komputerowego (laptop, tablet, komputer stacjonarny) - maksymalnie do **70%**,

jeśli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności Wnioskodawcy w oparciu o analizę indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej.

§6

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie przy podejmowaniu decyzji o przyznaniu dofinansowania prac/ zakupów z zakresu likwidacji barier architektonicznych, barier technicznych i w komunikowaniu się zastrzega sobie prawo weryfikacji ofert cenowych oraz zawężenia przedmiotu wniosku, których wykonanie wymagałoby znacznych nakładu środków finansowych ze środków Funduszu.

W takim przypadku, dokonuje się wyboru zakresu prac / zakupów przeznaczonych do dofinansowania w pierwszej kolejności. Kolejność prac / zakupów (od najważniejszego) określa wnioskodawca, składając w tej sprawie pisemne oświadczenie.

§7

W rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, bierze się pod uwagę posiadane orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne oraz zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, **wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem w PCPR wniosku o dofinansowanie.** W przypadku, jeśli orzeczenie wydane jest przez inny organ orzeczniczy bez wskazania przyczyny niepełnosprawności, wymagane jest zaświadczenie lekarskie od odpowiedniego lekarza specjalisty, potwierdzające rodzaj

niepełnosprawności wymagający likwidacji barier funkcjonalnych (architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych).

§ 8

Wnioskodawcy, którzy złożyli wnioski z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się, a spełniają jednocześnie warunki programu „**Aktywny Samorząd**”, realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach w 2026r. w ramach likwidacji barier w dostępie do uczestnictwa w społeczeństwie informacyjnym (Moduł I Obszar B Zadania 1, 3 lub 4) są informowani o możliwości skorzystania z tej formy pomocy finansowej z Funduszu i dokonania wyboru korzystniejszej.

§ 9

W ramach realizacji wniosków o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych nie przewiduje się udzielania pomocy wewnątrz budynków nowo budowanych lub w mieszkaniach nowo powstałych i będących w trakcie prac wykończeniowych. Dofinansowaniu nie podlegają też:

- prace o charakterze remontowo-wykończeniowym, które nie wpływają na poprawę funkcjonowania osoby niepełnosprawnej lecz stanowią jedynie poprawienie estetyki pomieszczeń,
- wymiana zużytych urządzeń / sprzętów, które nie są dedykowane osobom niepełnosprawnym,
- prace instalacyjne wodno- kanalizacyjne, elektryczne lub gazowe w pomieszczeniach mieszkalnych, które nie są podyktowane likwidacją barier architektonicznych w tych pomieszczeniach,
- wymiana istniejących urządzeń higieniczno – sanitarnych na urządzenia standardowe oraz drzwi i okien, których zastosowanie nie jest uzasadnione z punktu widzenia indywidualnych potrzeb osób niepełnosprawnych.

§10

Obowiązujące **wzory wniosków** o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się stanowią *Załączniki nr 3, 4 i 5* do niniejszego zarządzenia.

§11

W 2026r. wnioski o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się będą przyjmowane w wersji papierowej oraz on-line w **Systemie Obsługi Wsparcia (SOW)**. Wnioski w Systemie mogą składać osoby niepełnosprawne posiadające profil zaufany lub podpis elektroniczny albo osoby, którym udzielono pisemnego pełnomocnictwa do składania wniosków w systemie SOW w imieniu niepełnosprawnych wnioskodawców (wzór Pełnomocnictwa / odwołania pełnomocnictwa stanowi załącznik nr 6 i 7 do niniejszego Zarządzenia). **Przyjmowanie wniosków w Systemie SOW obowiązuje od 01.01.2026r.**

§ 12

Zasady ustalone niniejszym zarządzeniem obowiązują w roku 2026.

§ 13

Wykonanie Zarządzenia powierza się Pani Elizie Korzeniewskiej.

Zasady udzielania osobom niepełnosprawnym dofinansowania likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i barier technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych

§ 1

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Zasady określają:

1. Zasady dofinansowania likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, zwanych dalej "barierami".
2. Warunki jakie muszą spełnić wnioskodawcy ubiegający się o udzielenie dofinansowania.
3. Tryb rozpatrywania wniosków o udzielenie dofinansowania.
4. Tryb ustalania wysokości i rozliczania przyznanego dofinansowania.

§ 2

Ilekoć w niniejszych zasadach jest mowa o:

1. **Wnioskodawcy** - rozumie się przez to osobę niepełnosprawną występującą o przyznanie środków PFRON z przeznaczeniem na dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych. Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu albo jako rodzic, opiekun prawny, przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego), pełnomocnik poświadczony notarialnie w imieniu osoby niepełnosprawnej albo pełnomocnik działający na podstawie pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie do dokonywania czynności w internetowym Systemie Obsługi Wsparcia (SOW).
2. **PCPR lub Centrum** - rozumie się przez to Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach ul. 11 Listopada 2A
3. **Funduszu lub PFRON** - rozumie się przez to Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
4. **Zespół opiniujący** – zespół ds. opiniowania wniosków w zakresie realizacji dofinansowań likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się tj. PCPR i Powiatowa Społeczna Rada ds. Osób Niepełnosprawnych w Obornikach.
5. **Przeciętnym wynagrodzeniu** - oznacza to przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20

pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 Nr 39, poz. 353 z późn. zm.),

6. **Barierach** – oznacza to bariery funkcjonalne: architektoniczne, w komunikowaniu się i techniczne.
7. **Barierach architektonicznych** – oznacza to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym,
8. **Barierach w komunikowaniu się** – oznacza to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i /lub przekazywanie informacji.
9. **Barierach technicznych** – oznacza to bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne; likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie tej osoby w społeczeństwie i umożliwić jej funkcjonowanie w życiu codziennym .

§ 3

ZASADY DOFINANSOWANIA LIKWIDACJI BARIER FUNKCJONALNYCH

1. O zakwalifikowaniu wniosku do realizacji w danym roku budżetowym oraz o wysokości dofinansowania decyduje zespół opiniujący w ramach środków przeznaczonych na rehabilitację społeczną i określonych corocznie w uchwale Rady Powiatu Obornickiego.
2. Przyznanie dofinansowań likwidacji barier funkcjonalnych i ich wysokość uzależniona jest od posiadanych środków finansowych przeznaczonych na ten cel w danym roku budżetowym.
3. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie z Funduszu.
4. W przypadku dofinansowania likwidacji barier architektonicznych nie jest możliwe dofinansowanie powtórnie takiego samego zakresu prac, z wyjątkiem sytuacji uzasadnionych zmianą stanu zdrowia i niefunkcjonalnością dotychczasowych rozwiązań.
5. Dofinansowanie likwidacji barier nie przysługuje osobom, które w ciągu trzech lat od daty złożenia wniosku były stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie osoby niepełnosprawnej.
6. Dofinansowaniem ze środków Funduszu może być objęta likwidacja barier architektonicznych w budynkach już istniejących - bariery muszą istnieć, aby mogły być zlikwidowane.
7. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych Funduszu i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
8. Realizacja zadania następuje w roku budżetowym, w którym przyznano dofinansowanie.

9. W przypadku śmierci Wnioskodawcy po podpisaniu umowy dofinansowania, umowa wygasa z dniem zgonu, a wykonane usługi i zakupy urządzeń / sprzętów nie podlegają rozliczeniu.
10. O przyznaniu bądź odmowie przyznania środków Funduszu Centrum powiadamia Wnioskodawcę pisemnie. Od rozstrzygnięcia Centrum nie przysługuje odwołanie w myśl kodeksu postępowania administracyjnego.
11. Dofinansowaniem ze środków Funduszu może być objęty zakup urządzeń, materiałów budowlanych i usługi, zawarte w katalogu stanowiącym załącznik nr 2 do Zarządzenia Dyrektora PCPR.

§ 4

WARUNKI JAKIE MUSZĄ SPEŁNIAĆ WNIOSKODAWCY

1. O dofinansowanie ze środków Funduszu zadań, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, mogą ubiegać się Wnioskodawcy (w tym małoletni), którzy spełniają następujące warunki:

- a) likwidacja barier architektonicznych – rodzaj niepełnosprawności wymaga likwidacji w/w barier

Powyższe dotyczy osób:

- osoby niepełnosprawne mające trudności w poruszaniu się z powodu dysfunkcji narządu ruchu stanowiącej podstawę wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia o niepełnosprawności z symbolem przyczyny niepełnosprawności 05-R,
- osoby niepełnosprawne mające trudności w poruszaniu się z powodu dysfunkcji narządu ruchu nie stanowiącej podstawy wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia o niepełnosprawności, ale będącej konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń np. o charakterze neurologicznym – symbol 10-N.

W przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego - wymaga się zaświadczenia lekarza specjalisty potwierdzającego trudności w poruszaniu się.

Zaświadczenie lekarskie ważne jest 3 miesiące od dnia wystawienia.

- osoby, których niepełnosprawność dotyczy dysfunkcji narządu wzroku- symbol przyczyny niepełnosprawności 04-O, co powoduje trudności w poruszaniu się tych osób,

- b) likwidacja barier w komunikowaniu się i technicznych – rodzaj ich niepełnosprawności wymaga likwidacji w.w. barier i jest określony w orzeczeniu odpowiednim symbolem lub jeśli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu, wymagane jest zaświadczenie lekarskie od lekarza specjalisty;

Powyższe dotyczy osób:

- osoby niepełnosprawne, mające trudności w komunikowaniu się, których niepełnosprawność w umiarkowanym lub znacznym stopniu dotyczy dysfunkcji narządu słuchu, mowy, wzroku (zgodnie z zaznaczonym rodzajem niepełnosprawności w orzeczeniu lub w przypadku braku takiego symbolu z potwierdzoną w/w dysfunkcją przez lekarza specjalistę w zaświadczeniu), a także uzasadnione indywidualne przypadki osób niepełnosprawnych ruchowo, których dysfunkcja przekłada się na możliwości komunikowania się z otoczeniem , gdyż ogranicza uczestnictwo w środowisku i kontakty z otoczeniem.

- osoby niepełnosprawne mające znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności i trudności w poruszaniu się (dot. barier technicznych)

2. Wniosek w imieniu osoby, o której mowa w ust.1 może również złożyć przedstawiciel ustawowy, prawny opiekun ustanowiony postanowieniem Sądu lub pełnomocnik ustanowiony notarialnie.
3. Wnioskodawca nie mogący czytać (niewidomy) składa oświadczenie woli ustnie pracownikowi PCPR, który na dokumencie wpisze jego imię i nazwisko, umieszczając swój podpis.
4. Wnioskodawca nie mogący pisać lecz umiejący czytać składa oświadczenie woli w formie pisemnej poprzez:
 - złożenie na dokumencie tuszowego odcisku palca, a obok tego odcisku inna osoba wpisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis
 - podpisanie dokumentu przez inną osobę, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza lub właściwy organ administracji, z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać

§ 5

TRYB ROZPATRYWANIA WNIOSKÓW O UDZIELENIE DOFINANSOWANIA

1. PCPR w terminie 10 dni od dnia złożenia wniosku informuje wnioskodawcę, który złożył wniosek, o występujących we wniosku uchybieniach, które powinny zostać usunięte w terminie 30 dni. Nie usunięcie ich w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
2. Podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, bez względu na to, czego dotyczą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.
3. Wnioskodawcom, którym nie zostało przyznane dofinansowanie, z powodu niewystarczającej wysokości środków przeznaczonych na likwidację barier w danym roku kalendarzowym, może być ono przyznane w roku następnym, po złożeniu przez zainteresowanych aktualizacji wniosku, o czym pisemnie informuje się wnioskodawcę.

§ 6

ZASADY USTALANIA WYSOKOŚCI I ROZLICZANIA PRYZYZNANEGO DOFINANSOWANIA

1. Szczegółowy koszt urządzeń, materiałów budowlanych, robót ustala się według średnich cen rynkowych w sporządzonym kosztorysie przez współpracującego z PCPR inspektorem budowlanym, w oparciu o proponowany przez wnioskodawcę zakres przedsięwzięcia oraz dokonaną przez pracowników PCPR wizję lokalną w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
2. Do obowiązków wnioskodawcy należy uzyskanie uzgodnień, opinii i pozwoleń wymaganych przepisami szczególnymi a także zapewnienia nadzoru inwestorskiego, jeśli jest wymagany.
Koszty uzyskania pozwoleń, zapewnienia nadzoru inwestorskiego, uzyskania niezbędnych uzgodnień i opinii pokrywa wnioskodawca.
3. Przekroczenie kosztów ponad wysokość określoną w uznanym zestawieniu kosztów, a także w przypadkach gdy niezbędne było wykonanie dodatkowych robót budowlanych wymaganych przepisami, w tym techniczno- budowlanymi oraz zasadami wiedzy technicznej, wnioskodawca pokrywa ze środków własnych.
4. Wnioskodawca zobowiązany jest, w zależności od rodzaju zadania, powierzyć wykonanie budowy lub robót budowlanych wybranym przez siebie podmiotom i ponosi pełną odpowiedzialność za działania wykonawcy.
5. Wnioskodawca zobowiązany jest do powiadomienia PCPR w formie pisemnej pod rygorem nieważności o każdej zmianie mającej wpływ na realizację jego zobowiązań w terminie 7 dni od zaistnienia zdarzenia.

§ 7

1. Przekazanie środków Funduszu na dofinansowanie następuje po:

a) dostarczeniu przez wnioskodawcę oryginałów faktur lub rachunków wystawionych na wnioskodawcę przez wykonawcę, dostawców, bądź sprzedawców urządzeń lub sprzętu, z terminem płatności: nie krótszym niż **21 dni od daty ich wystawienia w przypadku likwidacji barier architektonicznych**, nie krótszym niż **14 dni w przypadku likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się**,

b) w przypadku wszystkich barier - dostarczeniu przez wnioskodawcę dowodu uiszczenia udziału własnego (faktura lub dowód wpłaty KP, dowód przelewu bankowego),

c) w przypadku likwidacji barier architektonicznych - sporządzeniu protokołu końcowego odbioru robót określającego zakres wykonanych robót, podpisanego przez przedstawicieli PCPR, inspektora nadzoru budowlanego i wnioskodawcę, opatrzonego zapisem „określony w kosztorysie zakres prac został wykonany”,

2. W przypadku stwierdzenia usterek przy odbiorze zadania przekazanie środków finansowych następuje w ciągu 7 dni od dnia udokumentowania przez Wnioskodawcę usunięcia wad.
3. PCPR opatruje dokumenty, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt a, pieczętą o następującej treści: „Opłacone ze środków PFRON w kwocie dofinansowania zł”.

4. Przekazanie środków następuje w terminie do 14 dni od dnia złożenia wymaganego kompletu dokumentów finansowych (faktur, rachunków) bezpośrednio przelewem na wskazany w dokumencie rachunek bankowy sprzedawcy / wykonawcy, a w przypadku pokrycia przez Wnioskodawcę 100% kosztów lub kosztów przekraczających obowiązkowy wkład własny określony w umowie - na pisemną prośbę i konto wskazane przez Wnioskodawcę.

Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 3.2026 z dnia 08.01.2026r.

K A T A L O G TYPOWEGO SPRZĘTU ORAZ TYPOWYCH PRAC, KTÓRE MOGĄ ZOSTAĆ DOFINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PFRON W RAMACH LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH, TECHNICZNYCH I W KOMUNIKOWANIU SIĘ W ZWIĄZKU Z INDYWIDUALNYMI POTRZEBAMI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Uwaga! Dofinansowaniem ze środków PFRON nie mogą być objęte:

- prace w budynkach nowo budowanych, deweloperskich lub będących w trakcie prac wykończeniowych (w przypadku zakupu, budowy lub zamiany lokalu na lokal lub budynek nowo powstały),
- urządzenia montowane w częściach wspólnych wielorodzinnych budynków mieszkalnych np. urządzenia do transportu pionowego, podjazdy, o ile zarządca budynku ma możliwość pozyskania środków w celu likwidacji barier architektonicznych w programach adresowanych do zarządców w wielorodzinnych budynkach mieszkalnych – np. Program Wyrównywania Różnic Między Regionami **Obszar A:** Dofinansowanie inwestycji w budynkach wielorodzinnych, aby zapewnić dostępność lokali dla osób niepełnosprawnych, lub inny.
- prace o charakterze remontowo – wykończeniowym i instalacyjne, które stanowią o podwyższeniu standardu pomieszczeń, a nie wpływają na poprawę funkcjonowania osoby niepełnosprawnej i nie są bezpośrednio związane z likwidowaną barierą np. bieżący remont mieszkania, wymiana instalacji wodno-kanalizacyjnej, gazowej, elektrycznej w ramach naprawy awarii i usterek.

Adresaci: osoby niepełnosprawne ruchowo – z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim (w dalszej kolejności przy pomocy kul łokciowych, balkonika, chodzika i in. z dysfunkcją narządu ruchu (potwierdzonych aktualnym orzeczeniem i zaświadczeniem lekarskim) oraz z niepełnosprawnością sprzężoną, powodującą znaczne trudności w poruszaniu się.

I. LIKWIDACJA BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

1. **Budowa lub montaż pochylni – podjazdu** dla wózka inwalidzkiego do budynku mieszkalnego wraz z poręczami zapewniającymi samodzielny dostęp do lokalu.
2. **Zakup, dostawa i montaż platformy schodowej, krzeselka schodowego lub innych urządzeń do transportu pionowego**, w przypadku, gdy zastosowanie urządzeń alternatywnych ze względu na warunki techniczne jest niemożliwe - urządzenie musi prowadzić bezpośrednio do mieszkania Wnioskodawcy.
3. **Budowa nowego chodnika lub wyrównanie nawierzchni istniejącego chodnika** od granicy ogrodzenia zewnętrznego posesji do wejścia do budynku lub wjazdu na pochylnię w zabudowie jednorodzinnej.
4. **Roboty polegające na likwidacji progów lub zróżnicowanego poziomu podłóg** w ciągu komunikacyjnym w mieszkaniu (w korytarzu, łazience, kuchni i jednym pokoju).
5. **Przystosowanie drzwi:**
 - a) wybicie lub poszerzenie otworu drzwiowego (drzwi wejściowe, balkonowe) zapewniające osobie niepełnosprawnej samodzielny i swobodny dostęp do lokalu mieszkalnego, w przypadku, gdy obecne wejście do budynku stanowi barierę architektoniczną,

- b) zakup i montaż *drzwi wejściowych* o szerokości w świetle ościeżnicy co najmniej **90 cm – wyłącznie** dla Wnioskodawców poruszających się na **wózku inwalidzkim**,
 - c) zakup i montaż *drzwi wewnętrznych* o szerokości w świetle ościeżnicy co najmniej **80 cm**, dla wnioskodawców poruszających się na **wózku inwalidzkim lub w asekuracji balkonika / chodzika**,
 - d) zakup i montaż *drzwi przesuwnych*,
 - e) zakup i montaż *systemu otwierania drzwi (w tym balkonowych)* przyciskiem dla wnioskodawców, u których współistnieje **niesprawność kończyn górnych**,
 - f) zakup i montaż *okuć do drzwi*, umożliwiających ich samodzielną obsługę przez osobę poruszającą się na wózku inwalidzkim – w kuchni i w jednym pokoju, wybranym przez Wnioskodawcę **albo** zakup *nowych drzwi* przystosowanych do osób na wózku inwalidzkim (*obniżenie klamki do wys. 80 cm*) – jeśli montaż okuć nie jest możliwy,
6. **Przystosowanie stolarki okiennej (obniżenie klamki)** do samodzielnej obsługi w kuchni i w jednym pokoju wybranym przez Wnioskodawcę – dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim oraz z dysfunkcją rąk zamieszkujących samotnie lub z inną osobą niepełnosprawną.
7. **Wymiana okładziny podłogowej na okładzinę z antypoślizgowych materiałów podłogowych** (klasa antypoślizgowości od R10 do R13), w miarę konieczności z podłożem jeśli stwarza zagrożenie dla osób poruszających się: **o kulach, przy pomocy balkonika, na wózkach inwalidzkich** - w ciągach komunikacyjnych, łazience, kuchni i jednym pokoju.
8. **Przystosowanie istniejącego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego** do potrzeb osoby niepełnosprawnej, w tym:
- a) zakup i montaż *wanny dla osób niepełnosprawnych z uchylnymi drzwiczkami*, o ile inne rozwiązanie ze względu na niepełnosprawność nie jest możliwe,
 - b) wykonanie *bezprogowej kabiny prysznicowej* na posadzce z kratką ściekową lub odpływem liniowym, ze spadkiem w kierunku odpływu,
 - c) zakup i montaż *ścianki, parawanu, zasłony prysznicowej z drążkiem lub drzwi prysznicowych* (otwieranych, składanych) podyktowany likwidacją barier architektonicznych w łazience,
 - d) zakup i montaż *zestawu zamykanej kabiny prysznicowej z niskim brodzikiem* o minimalnych wymiarach **90x90 cm**,
 - e) zakup i montaż *krzesła prysznicowego, podnośnika wannowego lub innego urządzenia* ułatwiającego korzystanie osobie niepełnosprawnej z kabiny prysznicowej lub wanny (*przy jednoczesnym zakupie wanny bądź prysznica*),
 - f) zakup i montaż *uchwytów i poręczy* (uchwyt prosty, kątowy, łukowy) ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych, podyktowany likwidacją barier architektonicznych w łazience,
 - g) zakup i montaż *zestawu muszli ustępowej* (miska ustępowa stojąca lub wisząca, deska sedesowa twarda i stabilna) przystosowanej do indywidualnej potrzeby osoby niepełnosprawnej – wyłącznie w przypadku konieczności podwyższenia lub obniżenia jej wysokości,
 - h) zakup i montaż *umywalki* przystosowanej do potrzeb osoby niepełnosprawnej o szerokości nie mniejszej niż 60 cm – pod umywalką obowiązuje wolna przestrzeń, umożliwiająca dojazd wózkiem inwalidzkim,
 - i) zakup i montaż *baterii umywalkowych dla niepełnosprawnych* (baterie jednouchwytowe lub uruchamiane przyciskiem albo bezdotykowe, z przedłużoną dźwignią i wylewką),

- j) ułożenie *plytek ściennych w obrębie likwidowanej bariery* architektonicznej w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym – wyłącznie w obrębie powierzchni kąpielowej oraz umywalkowej w przypadku, o którym mowa w lit. h),
 - k) wykonanie *prac budowlanych tynkarsko-murarskich* w przypadku, gdy istnieje konieczność powiększenia powierzchni łazienki, wykonania nowej okładziny ściennej i/lub podłogowej (np. wyburzenie ścianki działowej, skucie tynku, skucie posadzki, przygotowanie nowego podłoża),
 - l) zakup i montaż *lustra uchylnego* dla osoby poruszającej się na **wózku inwalidzkim**.
9. Zainstalowanie *gniazd wtykowych i wyłączników* w strefie dostępnej dla osoby poruszającej się na **wózku inwalidzkim**.
10. **Przeróbka wewnętrznych instalacji wodno-kanalizacyjnej, elektrycznej, gazowej, c.o.** (*grzejnik łazienkowy*), w celu umożliwienia montażu urządzeń higieniczno-sanitarnych, podyktowana likwidacją barier architektonicznych w łazience.

II. LIKWIDACJA BARIER TECHNICZNYCH

1. Zakup, dostawa i montaż *transportera schodowego* (schodolazu).
2. Zakup, dostawa i montaż *poręczy i uchwytów* w ciągach komunikacyjnych oraz uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych.
3. Zakup i montaż *podnośników* (wannowych, jezdnych transportowo-kąpielowych, sufitowych).
4. Zakup i montaż sprzętów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych (*siedzisko wannowe, leżak kąpielowy, taboret prysznicowy, wózek toaletowy, nadstawka na muszlę ustępową*).
5. Zakup i montaż *szyn najazdowych* umożliwiających podjazd wózkiem inwalidzkim.
6. Zakup **telefonu komórkowego – kompatybilnego z sensorem do systemu ciągłego monitorowania glikemii**.
7. Zakup i zainstalowanie *systemu automatycznego otwierania* (dla osób poruszających się na **wózku inwalidzkim**), w tym:
 - a) do furtki w ogrodzeniu zewnętrznym
 - b) do bramy garażowej /wjazdowej dla Wnioskodawców, którzy jednocześnie posiadają i samodzielnie prowadzą samochód.
8. Przystosowanie *wyposażenia kuchni* w urządzenia do samodzielnej obsługi przez osobę poruszającą się na **wózku inwalidzkim**, w tym:
 - a) *obniżenie i obudowanie zlewozmywaka* oraz zakup i montaż *niskich blatów* umożliwiających dojazd wózkiem inwalidzkim,
 - b) instalowanie *gniazd wtykowych i wyłączników* w strefie dostępnej dla osoby niepełnosprawnej,
 - c) zakup i montaż *ruchomych pólek oraz pojemników* na specjalnych prowadnicach,
 - d) dostosowanie *zawiasów* do otwierania drzwiczek pod kątem większym niż 90 stopni (do 170 stopni)
 - e) zakup i montaż *zatrząsków magnetycznych*.

Adresaci: osoby niepełnosprawne z dysfunkcją narządu wzroku:

I. LIKWIDACJA BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

1. Roboty polegające na *likwidacji progów, zróżnicowania poziomu podłogi*.
2. Wymiana *okładziny podłogowej na antypoślizgową*, jeśli stwarza zagrożenie w poruszaniu się.
3. *Adaptacja pomieszczenia na funkcję higieniczno-sanitarną* – w przypadku jego braku lub gdy ze względów funkcjonalnych korzystne jest nowe usytuowanie lub przystosowanie do potrzeb Wnioskodawcy.
4. Zakup i montaż *drzwi przesuwnych*.
5. *Przystosowanie istniejącego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego do potrzeb Wnioskodawcy*, w tym:
 - a) zakup i montaż *wanny niskodennej, antypoślizgowej, maksymalnej wysokości 55 cm* od poziomu posadzki,
 - b) wykonanie *bezprogowej kabiny prysznicowej* na posadzce z kratką ściekową lub zakup i montaż *kabiny prysznicowej z niskim brodzikiem* o minimalnych wymiarach **90x90 cm**,
 - c) zakup i montaż *krzesła prysznicowego, podnośnika wannowego lub innego urządzenia* ułatwiającego korzystanie osobie niepełnosprawnej z kabiny prysznicowej lub wanny (*przy jednoczesnym zakupie wanny bądź prysznica*),
 - d) zakup i montaż *uchwytów* ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych.
6. Wykonanie *dodatkowego oświetlenia* w pomieszczeniu lub zmiana sposobu doświetlenia.
7. *Oznakowanie wyposażenia lokalu i ciągów komunikacyjnych różnym kolorem lub fakturą*.
8. *Oznakowanie kolorystyczne i fakturowe elementów pionowych i poziomych małej architektury* w **zabudowie jednorodzinnej**.
9. Budowa nowego *chodnika lub wyrównanie nawierzchni istniejącego chodnika* od granicy ogrodzenia zewnętrznego posesji do wejścia do budynku lub wjazdu na pochylnię w **zabudowie jednorodzinnej**.

II. LIKWIDACJA BARIER TECHNICZNYCH

1. Zakup, dostawa i montaż *poręczy i uchwytów* w ciągach komunikacyjnych oraz uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych.
2. Montaż zabezpieczenia skrzydła drzwiowego z wypełnieniem szklanym.
3. Zakup i montaż *kuchenki / płyty grzewczej alternatywnej dla gazowej* (indukcyjna, elektryczna)
4. Zakup urządzeń technicznych (elektronicznych, elektrycznych, mechanicznych) posiadających interfejs dźwiękowy, brajlowski lub powiększone znaki.
5. Zakup urządzeń ułatwiających identyfikację przedmiotów (etykiety głosowe, tester kolorów).
6. Zakup udźwiękowionych urządzeń codziennego użytku (np. termometr, waga, ciśnieniomierz, glukometr)

Adresaci: osoby niepełnosprawne z dysfunkcją narządu wzroku, słuchu, mowy z niepełnosprawnością do 16r.ż. lub w stopniu znacznym i umiarkowanym (potwierdzonych aktualnym orzeczeniem i zaświadczeniem lekarskim):

- trudności w komunikowaniu się mogą w uzasadnionych przypadkach również dotyczyć osób z dysfunkcją narządu ruchu, które mają ograniczoną możliwość udziału w życiu społecznym i w pełnieniu ról społecznych

LIKWIDACJA BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

1. Zakup sprzętu komputerowego podstawowego oraz specjalistycznego komputerowego oprzyrządowania i oprogramowania (mówiącego, powiększającego).
2. Zakup urządzeń nagrywająco-odtwarzających (np. dyktafon, czytnik, książka mówiona).
3. Zakup urządzeń wspomagających odbiór dźwięku z telewizora (np. radiolight).
4. Zakup materiałów optycznych i elektrooptycznych (np. powiększalniki, lupy).
5. Zakup i montaż dzwonka do drzwi wyposażonego w sygnalizację świetlną (dla osób z dysfunkcją narządu słuchu).
6. Zakup budzików świetlnych, wideofonu (dla osób z dysfunkcją narządu słuchu).
7. Zakup urządzeń umożliwiających dostęp do łączności wizualnej za pomocą komputerów i sieci telefonicznej.

W szczególnych i uzasadnionych indywidualnych przypadkach dofinansowaniem ze środków Funduszu mogą być objęte zakupy urządzeń (wraz z montażem) lub wykonanie usług z zakresu likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych nie wymienione w powyższym katalogu.

Po dokonaniu wizji w miejscu zamieszkania oraz ocenie stopnia samodzielności funkcjonowania osoby niepełnosprawnej, do decyzji Zespołu Opiniującego należy uznanie niezbędności dofinansowania elementów z zakresu wyszczególnionego w niniejszym katalogu lub uznanych przez Zespół za niezbędne

Klauzula informacyjna wobec wnioskujących o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

1. Administratorami Pani/Pana danych osobowych są:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach z siedzibą przy ul.11 Listopada 2A, (64-600 Oborniki zwany dalej „Administratorem”;

2. Inspektor Ochrony Danych

W sprawach ochrony Pani/Pana danych można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: e-mail iod@synergiaconsulting.pl pod numerem telefonu 500 610 605 lub pisemnie na adres siedziby Administratora;

3. Ogólne cele i podstawy przetwarzania

Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w celu rozpatrzenia wniosku i wydania decyzji w przedmiocie przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier funkcjonalnych. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c RODO oraz art. 9 ust. 1 lit. b RODO w związku art. 35a. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

4. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane:

- 1) podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej z administratorem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. firmom informatycznym, hostingowym, prawniczym, audytorskim, firmom zajmującym się ochroną danych osobowych,
- 2) oprócz tego możemy zostać zobowiązani np. na podstawie przepisu prawa do udostępnienia Pana/Pani danych osobowych podmiotom prywatnym i publicznym

5. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny wynikający z przepisów dotyczących archiwizowania dokumentów obowiązujących u Administratora (Rzeczowy Wykaz Akt), w przypadku przetwarzania na podstawie zgody do czasu zrealizowania celu lub jej odwołania.

6. Posiada Pani/Pan prawo do;

- 1) dostępu do treści swoich danych na podstawie art. 15 RODO przy czym:
- 2) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe;
- 3) żądania usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO (z zastrzeżeniem ust 3 lit b i e);
- 4) ograniczenia przetwarzania na podstawie art. 18 RODO
- 5) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

7. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych

Podanie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do rozpatrzenia wniosku

8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pani/Pana dane nie będą podlegały profilowaniu.

.....
podpis Wnioskodawcy

Data wpływu:
Nr sprawy:



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 ☐ Jako rodzic ☐ Jako opiekun prawny ☐ Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie ☐ 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 ☐ do rozliczenia dofinansowania ☐ do zawarcia umowy ☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku ☐ do złożenia wniosku ☐ 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 ☐ 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:	

Pocztą:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy

Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 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
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 ☐ 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

☐ 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, ☐ wielorodzinny prywatny, ☐ wielorodzinny komunalny, ☐ wielorodzinny spółdzielczy
Ilość pięter:	☐ budynek parterowy, ☐ piętrowy, ☐ mieszkanie na piętrze (którym?):
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	
Liczba pokoi:	☐ + kuchnia, ☐ + łazienka, ☐ + 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:	

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.

Upředzony/upředzona 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.

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

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

Uwaga: Do wniosku składanego w systemie SOW wymagane są załączniki w formie skanów zgodnie z obowiązującym wzorami załączników.

Do wniosku składanego papierowo wymagane są załączniki w oryginale lub ksero.

Załączniki:

1. **Orzeczenie** o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne albo orzeczenie o niepełnosprawności osób do 16r.ż. - skan / ksero.
2. Aktualne **zaświadczenie lekarskie**, zawierające informację o ograniczeniach w codziennym funkcjonowaniu wynikających z niepełnosprawności, uzasadniające potrzebę likwidacji barier architektonicznych (zgodnie z obowiązującym wzorem załącznika) - skan/ oryginał.
3. **Zgoda właściciela lokalu lub budynku**, w którym ma nastąpić likwidacja barier (*tylko w przypadkach jeśli taka zgoda jest wymagana*) - (zgodnie z obowiązującym wzorem załącznika) - skan/ oryginał.
4. **Udokumentowana podstawa prawna do zamieszkania w lokalu**, w którym ma nastąpić likwidacja barier (własność, umowa najmu) – skan / ksero.
5. **Oświadczenie** o miejscu pobytu stałego (zgodnie z obowiązującym wzorem załącznika) – skan/ oryginał.
6. **Szkic** miejsca likwidacji barier architektonicznych (zgodnie z obowiązującym wzorem załącznika) – skan / oryginał.

7. **Własna kalkulacja kosztów** zakupów, usług / oferta cenowa – skan / oryginał.
8. **Ogólna informacja o procedurze** dotyczącej realizacji wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych (zgodnie z obowiązującym wzorem załącznika) – skan / oryginał.
9. Dokument stanowiący **opiekę prawną lub pełnomocnictwo** (w przypadku osoby, dla której ustanowiony jest sądowo opiekun prawny lub notarialnie pełnomocnik) - skan / kopia.
10. Klauzula informacyjna dotycząca **RODO** (zgodnie z obowiązującym wzorem) skan / oryginał.
11. **Pełnomocnictwo** -upoważnienie do dokonywania wszystkich czynności związanych ze złożeniem wniosku w systemie **SOW** (zgodnie z obowiązującym wzorem) - skan.
12. Oświadczenie o **odwołaniu pełnomocnictwa** do systemu SOW (zgodnie z obowiązującym wzorem) - skan.

INFORMACJE OGÓLNE

BARIERY ARCHITEKTONICZNE – to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub zmniejszają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym, które mają trudności w poruszaniu się (wynikające z orzeczenia jakim osoba się posługuje)

PODSTAWOWE WARUNKI uzyskania dofinansowania:

- udokumentowane trudności w poruszaniu się (wynikające z orzeczenia jakim osoba niepełnosprawna się posługuje z powodu dysfunkcji narządu ruchu lub wzroku),
 - status: właściciel nieruchomości lub użytkownik wieczysty nieruchomości albo zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale się zamieszkuje (w miejscowości, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu),
 - likwidacja barier architektonicznych nie dotyczy etapu budowy domu,
 - brak zaległości wobec Funduszu
-

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz.U. z 2025 r. poz.913)
 2. Rozporządzenie Ministra Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzaju zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz.U. z 2015r. poz.926 ze zm.)
-

Miejsce składania wniosków:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach
ul. 11 Listopada 2a
64-600 Oborniki
tel. 0 61 29 73 109

Załącznik do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
dla potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
do likwidacji barier architektonicznych
(*prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*)

Imię i nazwisko PESEL
Data urodzenia
Adres zamieszkania

1. **Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

.....
.....

2. **Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności (z określeniem rokowań co do poprawy stanu zdrowia)**

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

3. **UZASADNIENIE celowości likwidacji barier architektonicznych, potwierdzające konieczność przystosowania osobie niepełnosprawnej z trudnościami w poruszaniu się mieszkania/budynku, w którym stale zamieszkuje, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwia lub zmniejsza swobodę ruchu.....**

.....
.....

4. **Trudności w poruszaniu się *: osoba leżąca, poruszająca się na wózku inwalidzkim, poruszająca się przy pomocy chodzika/ balkonika/ kul łokciowych / osoba słabowidząca / osoba niewidoma**

*niepotrzebne skreślić

.....
miejscowość i data

.....
pieczętka i podpis lekarza
(lub lekarza specjalisty)

Pisemna zgoda właściciela lokalu/budynku na wykonanie prac w ramach likwidacji barier architektonicznych (jeśli dotyczy):

..... dnia
(imię, nazwisko właściciela lokalu/budynku)

Wyrażam zgodę na likwidację barier architektonicznych w moim domu.....

.....
(adres)

w którym mieszka
(imię i nazwisko osoby ubiegającej się o dofinansowanie likwidacji barier)

.....
(czytelny podpis właściciela lokalu/ budynku)

*Art. 233 § 1 Ustawy z 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny –za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawd – Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech.
§ 2 – Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

Załącznik do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)¹

.....
(miejscowość, data)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE
o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art.25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (*Dz.U z 2016r., poz.722j.t.*), 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 wniosek ² jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

Pod wyżej wymienionym adresem: było (podać rok)...../ nie było²
realizowane dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych.

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (*Dz.U. z 2016r.,poz.1137 j.t.*) - *kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8* - potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(czytelny podpis)

¹ Osoba, której dotyczy wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

² Niepotrzebne skreślić

MIEJSCE NA SZKIC *(dotyczy przystosowania mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej w ramach likwidacji barier architektonicznych)*

Obecnie

Po zmianach

PROCEDURA ogólna
związana z realizacją wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych

1. Wnioski o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych można składać w formie papierowej lub drogą elektroniczną w Systemie Obsługi Wsparcia (SOW) – dostęp do pełnej obsługi wniosku w Systemie wymaga posiadania narzędzia autoryzacji – uwierzytelnienia przez profil zaufany ePUAP lub przy pomocy podpisu kwalifikowanego.
2. Wnioski są rozpatrywane po zatwierdzeniu przez Radę Powiatu **podziału środków** na realizację poszczególnych zadań z zakresu rehabilitacji społecznej w bieżącym roku.
3. Podstawę dofinansowania stanowi **umowa** zawarta pomiędzy Wnioskodawcą i Starostą Obornickim przed wykonaniem prac i dokonaniem zakupów. Umowa musi być zrealizowana w roku budżetowym, w którym przewidziano dofinansowanie ze środków Funduszu.
4. W rozpatrywaniu wniosków bierze udział Powiatowa Społeczna Rada do Spraw Osób Niepełnosprawnych przy Staroście Obornickim, będąca komisją opiniującą.
5. W przypadku likwidacji barier architektonicznych przed podjęciem decyzji o przyznaniu dofinansowania dokonuje się w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej wizji lokalnej w celu weryfikacji zasadności proponowanego przez Wnioskodawcę zakresu zadania, zestawień planowanych kosztów oraz wykonania dokumentacji fotograficznej i obmiarów (jeśli dotyczy). Wizja lokalna odbywa się w obecności pracownika PCPR oraz współpracującego inspektora budowlanego.
O terminie przeprowadzenia wizji lokalnej PCPR informuje Wnioskodawcę telefonicznie lub listownie.
6. Zakres sprzętu i prac, które mogą podlegać dofinansowaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach likwidacji barier architektonicznych, określony jest w **katalogu typowego sprzętu oraz typowych prac** przyjętych Zarządzeniem Dyrektora PCPR. W szczególnie uzasadnionych przypadkach dofinansowaniu mogą podlegać zakupy i usługi nie wymienione w przyjętym katalogu w zależności od indywidualnej potrzeby osoby niepełnosprawnej.
5. Uzgodniony podczas wizji lokalnej zakres rzeczowy i finansowy prac i niezbędnych zakupów w celu likwidacji barier architektonicznych określa spisany **protokół** oraz **kosztorys budowlany** (szczegółowy koszt urządzeń, materiałów budowlanych i robót) sporządzony przez inspektora budowlanego według średnich cen rynkowych. Kosztorys stanowi integralną część zawartej umowy.
6. O decyzji w sprawie przyznania lub odmowy przyznania dofinansowania Wnioskodawca informowany jest pisemnie.
7. **Wnioskodawca OŚWIADCZA, że posiada środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.**
8. W celu zawarcia (podpisania) umowy Wnioskodawca / przedstawiciel ustawowy małoletniego/ Pełnomocnik/ opiekun prawny zobowiązany jest zgłosić się do siedziby PCPR osobiście z ważnym dowodem osobistym. W szczególnych przypadkach pracownicy mogą dokonać czynności w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, niezdolnej do przybycia do siedziby urzędu.
9. Wnioskodawca zobowiązany jest, w zależności od rodzaju zadania, powierzyć wykonanie robót wybranym przez siebie podmiotom w oparciu o kosztorys, będący integralną częścią umowy dofinansowania i ponosi pełną odpowiedzialność za działania tego wykonawcy.

Prace mające na celu zwiększenie dostępności mieszkania / budynku lub jego okolicy dla osoby niepełnosprawnej powinny być wykonane zgodnie z obowiązującym prawem budowlanym z uwzględnieniem warunków technicznych/wytocznych dla osób niepełnosprawnych.

10. W celu rozliczenia prac objętych umową dofinansowania w zakresie likwidacji barier architektonicznych /technicznych (jeśli dotyczy), Wnioskodawca przedstawia **faktury Vat lub rachunki** za zakupy/ wykonaną usługę wraz ze **specyfikacją (wyszczególnieniem) kosztów** oraz informacją o **uiszczeniu wkładu własnego**, po dokonaniu odbioru technicznego przez pracowników PCPR w miejscu zlikwidowanej bariery. Nie wypłaca się przyznanych środków z Funduszu w formie zaliczki.

11. Szczegółowe wymogi formalne dotyczące realizacji umowy i rozliczenia dofinansowania likwidacji barier funkcjonalnych określa zawarta umowa.

12. **Oświadczenie o dochodzie:**

to miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych – pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

13. **Załączniki do wniosku:**

do wniosku wymagane są załączniki zgodnie z przyjętą listą załączników oraz wzorami określonymi w naborze.

Wnioski składane w systemie SOW umożliwiają dodatkowo załączenie zdjęć w postaci plików elektronicznych jpg stanu obecnego pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych z widocznymi barierami, będącymi podstawą ubiegania się o dofinansowanie.

14. **Realizator:**

Realizatorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach, ul. 11 Listopada 2a, 64-600 Oborniki, tel. 0 61 29 73 109; e-mail: pcpr@powiatobornicki.pl.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią procedury i przyjmuję do wiadomości

.....
data i podpis Wnioskodawcy /Pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego

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:	☐ We własnym imieniu ☐ Jako rodzic ☐ Jako opiekun prawny ☐ Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie ☐ 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 ☐ do rozliczenia dofinansowania ☐ do zawarcia umowy ☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku ☐ do złożenia wniosku ☐ 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 ☐ 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

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

Pocztą:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy

Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 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
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 ☐ 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

☐ 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

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.

Upředzony/upředzona 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.

Oświadczam że 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

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

Uwaga: Do wniosku składanego w systemie SOW wymagane są załączniki w formie skanów zgodnie z obowiązującym wzorami załączników. Do wniosku składanego papierowo wymagane są załączniki w oryginale lub ksero.

Załączniki:

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne albo orzeczenie o niepełnosprawności osób do 16r.ż. - skan / ksero.
2. Aktualne zaświadczenie **lekarskie**, zawierające informację o ograniczeniach w codziennym funkcjonowaniu wynikających z niepełnosprawności, uzasadniające konieczność zakupu sprzętu w celu likwidacji barier technicznych zgodnie z indywidualnymi potrzebami (zgodnie z obowiązującym wzorem załącznika)-skan/ oryginał.
3. Oferta cenowa lub faktura pro-forma – skan / oryginał.
4. Dokument stanowiący opiekę prawną lub pełnomocnictwo (w przypadku osoby, dla której ustanowiony jest sądownie opiekun prawny lub notarialnie pełnomocnik) - skan / kopia.
5. Klauzula informacyjna dotycząca RODO (zgodnie z obowiązującym wzorem) skan / oryginał.
6. Pełnomocnictwo -upoważnienie do dokonywania wszystkich czynności związanych ze złożeniem wniosku w systemie SOW (zgodnie z obowiązującym wzorem) - skan.
7. Oświadczenie o odwołaniu pełnomocnictwa do systemu SOW (zgodnie z obowiązującym wzorem) – skan.

INFORMACJE OGÓLNE

BARIERY TECHNICZNE – to przeszkody utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej pokonywanie pewnych ograniczeń.

PODSTAWOWE WARUNKI uzyskania dofinansowania:

- indywidualne potrzeby wynikające z dysfunkcji uniemożliwiającej lub utrudniającej wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem
- brak dofinansowania na ten cel w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku
- brak zaległości wobec Funduszu

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2025 r. poz. 913)
2. Rozporządzenie Ministra Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzaju zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz.U. z 2015r. poz.926 ze zm.)

Miejsce składania wniosków:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach
ul. 11 Listopada 2a
64-600 Oborniki
tel. 0 61 29 73 109

Załącznik do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
dla potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
do likwidacji barier technicznych
(*prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*)

Imię i nazwisko
Data urodzenia
Adres zamieszkania
Nr PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności (z określeniem rokowań co do poprawy stanu zdrowia)

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

3. UZASADNIENIE celowości likwidacji barier technicznych, potwierdzające konieczność posiadania sprzętu / urządzenia umożliwiającego lub znacznie ułatwiającego wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, zgodnie z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej

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

.....
miejscowość i data

*niepotrzebne skreślić

.....
pieczętka i podpis lekarza
(lub lekarza specjalisty)

Wniosek

Data wpływu:

Nr sprawy:

, Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier w komunikacji



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

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

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Wniosek

, Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier w komunikowaniu się

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 ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	

Wniosek

, Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier w komunikowaniu się

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

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

Wniosek

, Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier w komunikowaniu się

Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy

Wniosek

, Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier w komunikowaniu się

Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 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
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 ☐ 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:

Wniosek

, Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier w komunikowaniu się

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
------------	---------

Wniosek , Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier w komunikowaniu się

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

☐ 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

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.

Wniosek , Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier w komunikowaniu się
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.

Upprzedzony/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.

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

Wniosek

, Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier w komunikowaniu się

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	

Wniosek , Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier w komunikowaniu się

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

Uwaga: Do wniosku składanego w systemie SOW wymagane są załączniki w formie skanów zgodnie z obowiązującym wzorami załączników. Do wniosku składanego papierowo wymagane są załączniki w oryginale lub ksero.

Załączniki:

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne albo orzeczenie o niepełnosprawności osób do 16r.ż. - skan / ksero.
2. Aktualne zaświadczenie **lekarskie**, zawierające informację o ograniczeniach w codziennym funkcjonowaniu wynikających z niepełnosprawności, uzasadniające konieczność zakupu sprzętu w celu likwidacji barier w komunikowaniu się zgodnie z indywidualnymi potrzebami (zgodnie z obowiązującym wzorem załącznika)-skan/oryginał.
3. Oferta cenowa lub faktura pro-forma – skan / oryginał.
4. Dokument stanowiący opiekę prawną lub pełnomocnictwo (w przypadku osoby, dla której ustanowiony jest sądowo opiekun prawny lub notarialnie pełnomocnik) - skan / kopia.
5. Klauzula informacyjna dotycząca RODO (zgodnie z obowiązującym wzorem) skan / oryginał.
6. Pełnomocnictwo -upoważnienie do dokonywania wszystkich czynności związanych ze złożeniem wniosku w systemie SOW (zgodnie z obowiązującym wzorem) - skan.
7. Oświadczenie o odwołaniu pełnomocnictwa do systemu SOW (zgodnie z obowiązującym wzorem) - skan.

INFORMACJE OGÓLNE

BARIERY W KOMUNIKOWANIU SIĘ – to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i / lub przekazywanie informacji.

PODSTAWOWE WARUNKI uzyskania dofinansowania:

- indywidualne potrzeby wynikające z niepełnosprawności (trudności w komunikowaniu się / porozumiewaniu się / przekazywaniu informacji, wynikające z orzeczenia jakim osoba niepełnosprawna się posługuje z powodu dysfunkcji narządu wzroku, słuchu, komunikacji werbalnej, zaburzeń interakcji społecznych, a także uzasadnione sytuacje osób niepełnosprawnych ruchowo)
- brak dofinansowania na ten cel w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku
- brak zaległości wobec Funduszu

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2025 r. poz. 913)
 2. Rozporządzenie Ministra Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzaju zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz.U. z 2015r. poz.926 ze zm.)
-

Miejsce składania wniosków:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach
ul. 11 Listopada 2a
64-600 Oborniki
tel. 0 61 29 73 109

Załącznik do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
dla potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
do likwidacji barier w komunikowaniu się*
(*prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*)

Imię i nazwisko
Data urodzenia
Adres zamieszkania
Nr PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności (z określeniem rokowań co do poprawy stanu zdrowia)

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

3. UZASADNIENIE celowości likwidacji bariery w komunikowaniu się, potwierdzające konieczność posiadania sprzętu, w tym komputerowego do celów swobodnego porozumiewania się i/lub przekazywania informacji (określić dysfunkcje narządu słuchu, wzroku, mowy albo inne ograniczenia utrudniające komunikowanie się z otoczeniem)

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

.....
miejscowość i data

*niepotrzebne skreślić

.....
pieczętka i podpis lekarza
(lub lekarza specjalisty)

PEŁNOMOCNICTWO

Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

Oświadczenie o udzieleniu pełnomocnictwa:

Niniejszym udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

Pełnomocnictwo obejmuje upoważnienie do dokonywania na rzecz mocodawcy wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie. Dla realizacji ww. celów stanowiących przedmiot pełnomocnictwa, niniejsze pełnomocnictwo upoważnia do posługiwania się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału niniejszego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Pełnomocnictwa udziela się na czas niezbędny do realizacji wszystkich ww. czynności związanych ze złożonym w systemie SOW wnioskiem o dofinansowanie. Pełnomocnictwo może być odwołane przez mocodawcę w każdym czasie.

Potwierdzam prawdziwość i aktualność danych zawartych w niniejszym pełnomocnictwie. Zmiana treści pełnomocnictwa wymaga wprowadzenia do systemu SOW nowego dokumentu pełnomocnictwa, za wyjątkiem zmian danych adresowo-kontaktowych pełnomocnika, o których pełnomocnik poinformuje za pośrednictwem systemu SOW.

.....
data

.....
czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa

Miejscowość, data

Pani/Pan

.....

Niniejszym odwołuję pełnomocnictwo udzielone Pani/Panu w dniu obejmujące upoważnienie do dokonywania na moją rzecz wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie oraz posługiwanie się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału udzielonego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Jednocześnie proszę o niezwłoczny zwrot dokumentu pełnomocnictwa oraz przekazanie skanu mojego oświadczenia o odwołaniu pełnomocnictwa do systemu SOW.

.....
data

.....
czytelny podpis osoby odwołującej pełnomocnictwo

