

Data wpływu wniosku

Nr sprawy: PCPR.III.4031 .2026

Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych

.....
.....
(przedmiot wniosku)

1. Dane personalne Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek)

Dane personalne	Adres zamieszkania
Imię	Kod pocztowy
Nazwisko	Poczta
PESEL	Miejscowość
Adres doręczeń elektronicznych (ADE):	Ulica
.....	Nr domu nr lokalu
	Telefon

2. Dane personalne osoby składającej wniosek w imieniu osoby niepełnosprawnej:

(we właściwym polu należy wstawić znak x)

- ☐ przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy),
☐ opiekun prawny (dla osoby ubezwłasnowolnionej)
☐ pełnomocnik Wnioskodawcy (na podstawie pełnomocnictwa notarialnego)

Imię i nazwisko
Nr PESEL
Miejscowość ulica
nr domu nr lokalu nr kodu-..... poczta
powiat województwo
nr telefonu
Adres doręczeń elektronicznych (ADE)

3. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

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 (łącznie):

4. Miejsce realizacji zadania (dokładny adres):

.....

5. Cel likwidacji barier architektonicznych:

.....

.....

6. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

- termin rozpoczęcia

- przewidywany czas realizacji zadania

7. Przedmiot wniosku - wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier

Lp.	Wykaz przedsięwzięć
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	

8. Sytuacja mieszkaniowa - opis barier występujących w budynku i/lub w mieszkaniu i uzasadnienie planowanych do realizacji przedsięwzięć dot. likwidacji barier architektonicznych.

(należy opisać bariery architektoniczne występujące w mieszkaniu i/lub budynku których likwidacja stanowi przedmiot niniejszego wniosku i opisać, w jaki sposób planowane do realizacji przedsięwzięcie zlikwiduje ww. bariery architektoniczne np. umożliwi lub ułatwi dostęp do mieszkania, poruszanie się po mieszkaniu, korzystanie z urządzeń sanitarno-higienicznych, samodzielne funkcjonowanie w mieszkaniu itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Przewidywany koszt ogólny realizacji zadania oraz źródła finansowania zadania:

1. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania	 zł
2. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania	%
3. Inne źródła finansowania zadania (wymienić): a) b)	%
4. Procent kosztów zadania do pokrycia ze środków PFRON	%

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania: zł

(słownie złotych:)

10. Informacja o nakładach dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek.

(Uwaga. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem dofinansowania i zawarciem stosownej umowy o dofinansowanie).

Czy Wnioskodawca poniósł dotychczas nakłady finansowe na realizację wnioskowanego zadania ? ⁽¹⁾	☐ TAK	☐ NIE
Jeżeli tak - prosimy wymienić wykonane prace i podać wartość poniesionych nakładów	Ogólna wartość dotychczas poniesionych nakładów w złotych	Źródła finansowania
.....		
.....		
.....		

11. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON ⁽¹⁾

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych, technicznych, w komunikowaniu się, zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, pożyczki, Aktywny Samorząd, itp.				☐ TAK	☐ NIE
Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Cel (nazwa programu lub nazwa zadania)	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON ⁽¹⁾	☐ TAK	☐ NIE
Kwota zaległości	zł	
Czy Wnioskodawca był stroną umowy zawartej z PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy ⁽¹⁾	☐ TAK	☐ NIE

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż:

Administratorem danych osobowych jest Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowej Soli (67-100) przy ulicy Staszica 1A. Z administratorem można skontaktować się mailowo: pcpr@powiat-nowosolski.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail: inspektor@4consult.com.pl.

Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszanej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej: www.pcprnowasol.pl w zakładce „Informacja RODO”.

Załączniki do wniosku

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, wypełnione czytelnie i w języku polskim – załącznik nr 1 do wniosku.
2. Oświadczenie o posiadaniu środków na wkład własny – załącznik nr 2 do wniosku.
3. Oświadczenie o miejscu zamieszkania – załącznik nr 3 do wniosku.
4. Zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego – załącznik nr 4 do wniosku.
5. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, (w przypadku dzieci do lat 16 kopia orzeczenia o niepełnosprawności).
6. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
7. Kopia dokumentu potwierdzający podstawę prawną do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych – np.: akt własności, użytkowania wieczystego, umowę najmu, itp.
8. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania, w przypadku częściowego finansowania zadania z innych źródeł.
9. Dokumenty potwierdzające wysokość poniesionych nakładów na realizację zadania, jeżeli takie wystąpiły.
10. Postanowienie/ zaświadczenie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – o ile dotyczy
11. Pełnomocnictwo notarialne – o ile dotyczy

W przypadku zakwalifikowania wniosku do realizacji dokumentami uzupełniającymi będą:

1. Kosztorys inwestorski (szczegółowy) na zakres prac zakwalifikowanych do realizacji wraz z zestawieniem i wyceną potrzebnych materiałów.
2. Projekt, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).

..... Dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

(Załącznik do wniosku osoby ubiegającej się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych – prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim)

1. Imię i nazwisko
2. PESEL
3. Rodzaj niepełnosprawności (schorzenie)

I. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w poruszaniu się

- TAK ☐ NIE ☐ (właściwym polu należy wstawić X)

Jeżeli tak, prosimy opisać, na czym polegają ograniczenia w poruszaniu się pacjenta

II. Stopień samodzielności pacjenta

Tabela 1

Zdolność zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych (spożywanie posiłków, toaleta, ubiór):

Należy wskazać wyłącznie jedną odpowiedź	Pieczętka i podpis lekarza
1. Wymaga stałej całkowitej obsługi i pielęgnacji przez opiekuna (osoba całkowicie niesamodzielna)	
2. Stałe z pomocą osoby drugiej (osoba częściowo samodzielna)	
3. Okresowo z pomocą osoby drugiej	
4. Samodzielnie	

VERTE

Tabela 2

Ocena sprawności ruchowej wnioskodawcy:

Należy wskazać wyłącznie jedną odpowiedź	Pieczątka i podpis lekarza
1. Leżąca lub poruszająca się na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy opiekuna	
2. Porusza się na wózku inwalidzkim samodzielnie lub osoba niewidoma	
3. Osoba po amputacji lub z wrodzonym brakiem kończyn/y dolnych/ej	
4. Porusza się stale przy pomocy balkonika lub dwóch kul	
5. Porusza się stale o jednej kuli lub o lasce lub z asystentem albo osoba niedowidząca	
6. Osoba z wrodzonym brakiem lub po amputacji kończyn/y górnych/ej	
7. Porusza się okresowo przy pomocy kul lub laski lub z asystentem	
8. Porusza się samodzielnie	

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

Uwaga:

Wszelkie informacje w zaświadczeniu wypełnia lekarz.

Zaświadczenia z dopiskami innych osób niż lekarz wystawiający zaświadczenie nie będą honorowane.

Oświadczenie Wnioskodawcy o posiadaniu środków na wkład własny
(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON)

dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowej Soli w celu dofinansowania likwidacji
barier architektonicznych

Niniejszym oświadczam, że Ja
(imię i nazwisko)

zamieszkały(a) w:

.....
(adres zamieszkania)

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami realizacji
zadania.

....., data
(miejscowość)

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

Załącznik nr 3 do wniosku

.....

(Miejscowość i data)

.....

.....

.....

(Imię, nazwisko, adres)

Oświadczenie o miejscu zamieszkania*

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 6 k.k. za składanie nieprawdziwych zeznań bądź składanie fałszywych oświadczeń lub zatajenie prawdy wiadomej w sprawie, a ponadto świadomy(a) celu składania zeznań

oświadczam:

że stale zamieszkuję w:

.....

.....

.....

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....

(czytelny podpis)

*Miejsce zamieszkania - zgodnie z normą Kodeksu Cywilnego (art.25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe; o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

.....

(Miejscowość i data)

.....

.....

.....

(Imię, nazwisko, adres)

Zgoda właściciela/współwłaściciela lokalu lub budynku mieszkalnego

Jako właściciel/współwłaściciela lokalu/budynku mieszkalnego

.....

.....

(adres)

wyrażam zgodę na jego przystosowanie dla potrzeb osoby niepełnosprawnej Pani/Pana

.....,

w którym ww. osoba stale zamieszkuje.

.....

(podpis właściciela/współwłaściciela)

Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez PCPR w Nowej Soli, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON.

Obowiązek informacyjny RODO - informacja dotycząca realizacji obowiązku informacyjnego jest dostępna na stronie internetowej: https://pcprnowasol.pl/PL/3255/Informacja_RODO/