

Data wpływu wniosku

Nr sprawy: PCPR.III.4031 .2026

|  |
|--|
|  |
|--|

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

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

1. Dane personalne Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek)  
(proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

|                                       |                               |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| 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 – do wniosku załączyć postanowienie sądu)  
☐ lub pełnomocnik Wnioskodawcy (do wniosku załączyć pełnomocnictwo notarialne)

Imię i nazwisko .....

Nr PESEL .....

Miejscowość ..... ulica .....

nr domu ..... nr lokalu ..... nr kodu ..... - ..... poczta .....

powiat ..... województwo .....

nr telefonu .....

adres doręczeń elektronicznych (ADE) .....

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): .....

- termin rozpoczęcia .....

- przewidywany czas realizacji zadania .....

.....  
(adres instalacji urządzenia)

.....

.....

(w uzasadnieniu należy opisać niepełnosprawność wnioskodawcy i ograniczenia wynikające z niepełnosprawności oraz opisać, w jaki sposób zakup wnioskowanego urządzenia umożliwi lub znacznie ułatwi wnioskodawcy wykonywanie codziennych czynności lub samodzielne funkcjonowanie).

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary school writing paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

8. Koszty przedsięwzięcia i wnioskowana kwota dofinansowania:

|                                                                         |    |  |
|-------------------------------------------------------------------------|----|--|
| Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania                         | zł |  |
| 1. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania | %  |  |
| 2. Inne źródła finansowania (np. deklarowany udział sponsora) ..... zł  | %  |  |
| 3. Procent kosztów zadania do pokrycia ze środków PFRON                 | %  |  |
| 4. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu:                | zł |  |
| kwota słownie: .....                                                    |    |  |

9. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na zakup wnioskowanego urządzenia (stan na koniec miesiąca przed złożeniem wniosku):

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

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |

10. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON <sup>(1)</sup>

| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na likwidację barier technicznych, architektonicznych, w komunikowaniu się, zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, pożyczki, Aktywny Samorząd itp. |       |     |                    | <input type="checkbox"/> TAK |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|--------------------|------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                |       |     |                    | <input type="checkbox"/> NIE |
| Nr i data zawarcia umowy                                                                                                                                                                       | Kwota | Cel | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia             |
|                                                                                                                                                                                                |       |     |                    |                              |
|                                                                                                                                                                                                |       |     |                    |                              |
|                                                                                                                                                                                                |       |     |                    |                              |
|                                                                                                                                                                                                |       |     |                    |                              |
|                                                                                                                                                                                                |       |     |                    |                              |

|                                                                                                                             |                              |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON <sup>(1)</sup>                                                  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Kwota zaległości                                                                                                            | zł                           |                              |
| Czy Wnioskodawca był stroną umowy zawartej z PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy <sup>(1)</sup> | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Nr i data rozwiązywanej umowy, przedmiot umowy, przyczyna rozwiązania                                                       | .....<br>.....               |                              |

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

11. Forma przekazania dofinansowania :

☐ Dofinansowanie należy przekazać na konto sprzedawcy, zgodnie z dowodem zakupu przedmiotu dofinansowania.

☐ Konto osobiste Wnioskodawcy w banku: .....

Numer rachunku bankowego :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (j.t. Dz. U. z 2025 r., poz. 383) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

2. Zobowiązuję się bezzwłocznie zgłosić do PCPR informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.

3. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku nie gwarantuje uzyskania dofinansowania.

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

Uwaga.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki wniosku. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ...” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, którego dotyczą.

Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

1. Oświadczenie Wnioskodawcy o posiadaniu środków na wkład własny – załącznik nr 1 do wniosku
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie – załącznik nr 2 do wniosku.
3. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności.
4. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
5. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania, jeżeli takie występuje.
6. Dokumenty potwierdzające wysokość poniesionych nakładów na realizację zadania, jeżeli takie wystąpiły.
7. Oferta cenowa na wnioskowany sprzęt zawierająca cenę brutto, model, nazwę producenta.

#### Klauzula informacyjna

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](mailto: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](mailto:inspektor@4consult.com.pl).

Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych, 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 wywieszonej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej:

[www.pcprnowasol.pl](http://www.pcprnowasol.pl) w zakładce „Informacja RODO”.

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 technicznych.

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\*)

\* niepotrzebne skreślić

.....

Dnia .....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

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

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

I. Prosimy wymienić urządzenie/sprzęt, którego zakup umożliwi lub ułatwi pacjentowi  
wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub samodzielną egzystencję

.....

.....

.....

II. Stopień samodzielności pacjenta - NALEŻY WSKAZAĆ JEDNĄ ODPOWIEDŹ W KAŻDEJ  
TABELI.

Tabela 1

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

| Należy wskazać wyłącznie jedną odpowiedź                                                       | Pieczętka i podpis<br>lekarza |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Wymaga całkowitej obsługi i pielęgnacji przez opiekuna (osoba<br>całkowicie niesamodzielna) |                               |
| 2. Z pomocą osoby drugiej (osoba częściowo samodzielna)                                        |                               |
| 3. Samodzielnie                                                                                |                               |

VERTE

Tabela 2

Ocena sprawności ruchowej wnioskodawcy:

| Należy wskazać wyłącznie jedną odpowiedź                                                                | Pieczętka i podpis lekarza |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1. Leżąca lub porusza się na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy opiekuna lub osoba głuchoniewidoma     |                            |
| 2. Porusza się na wózku inwalidzkim samodzielnie lub osoba niewidoma lub osoba głuchoniema lub głucha   |                            |
| 3. Osoba po amputacji lub z wrodzonym brakiem kończyn/y dolnych/ej                                      |                            |
| 4. Porusza się stale przy pomocy balkonika lub dwóch kul lub osoba niedowidząca lub osoba niedosłysząca |                            |
| 5. Porusza się stale o jednej kuli lub o lasce lub z asystentem                                         |                            |
| 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.