

Stopień niepełnosprawności ⁽¹⁾

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

Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

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

Sytuacja zawodowa⁽¹⁾

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

Sytuacja mieszkaniowa- opis budynku i mieszkania⁽¹⁾

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

Opis budynku / mieszkania*

- dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*
inny
- budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na piętrze*
- przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
- opis mieszkania: liczba pokoi....., z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z WC*, bez WC*
- łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
- w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*

Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje ⁽¹⁾

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

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

Imię i nazwisko	pokrewieństwo	niepełnosprawność	
		rodzaj ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾
1. Wnioskodawca			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych**, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za **kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**, wynosi :

.....zł/osobę

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

--

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (w ciągu 5 lat) :

Tak Nie Jeśli tak, podać na jaki cel:

Cel (nazwa programu i /lub zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc	Nr i data zawarcia umowy	Kwota wykorzystana	Kwota rozliczona

Przewidywany koszt czas realizacji zadania:

1. Łączna kwota realizacji zadania (100%):zł.
2. Wnioskowane dofinansowanie ze środków PFRON(maks.95%).....zł.
3. Deklarowane środki własne przeznaczone na realizację zadania(min.5%).....zł.

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

Inne źródła finansowania-wysokość środków i dokumenty potwierdzające :

.....

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

(2) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I

(3) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy II

* właściwie zaznaczyć

** Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 111 z późn. zm.)

.....
.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko, PESEL)

OŚWIADCZENIE

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (Dz.Uz2019r., poz.1397t.j.), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określone j 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* jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

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

.....
(podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela/opiekuna/pełnomocnika)

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny
lub Pełnomocnik:**

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania:

miejscowość.....ulica.....nr domu /lokalu.....

nr kodu.....-.....poczta.....powiat.....

województwonr tel./faxu (z nr kier.)

ustanowionyOpiekunem/Pełnomocnikiem*.....

(postanowieniem Sadu Rejonowego z dnia sygn. akt /na mocy pełnomocnictwa

potwierdzonego przez Notariusza**.....z dnia.....

repet. Nr

Oświadczenie Wnioskodawcy

Ja niżej podpisany/a oświadczam że :

1. Zostałem/am zapoznany/a z treścią Klauzuli Informacyjnej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku, w tym z informacją o celu i sposobie przetwarzania danych osobowych oraz przysługującym prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych jest dobrowolne.
2. Na podstawie art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, z dnia 27 kwietnia 2016 r.(Dz. Urz. UE Nr 119) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji zadań własnych i zleconych przez administratora danych -Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku, ul. Rynek 1, 38-600 Lesko,
3. Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am w ciągu **trzech ostatnich lat** przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Przyjmuję do wiadomości, że :

1. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu leskiego na rok 2022 i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy na dofinansowanie.
3. Dofinansowanie ze środków PFRON wynosi do 95% wartości zakupu.
4. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.
5. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacja, należy zgłaszać do PCPR w Lesku w formie pisemnej.

.....
(miejsce i data)

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

Załączniki do wniosku :

- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – oryginał dokumentu lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ który, wydał dokument lub organ, który jest w posiadaniu tego dokumentu lub poświadczony dokument przez notariusza;
- aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz wynikających z niej dysfunkcji utrudniających samodzielne funkcjonowanie (załącznik nr 1)
- w przypadku niezgodności adresu na orzeczeniu a adresem zamieszkania wymagane jest oświadczenie (oświadczenie we wniosku)
- Aktualny wypis z księgi wieczystej (wydruk komputerowy można pobrać ze strony www.ekw.ms.gov.pl) lub kopia aktu własności lokalu, lub umowy najmu (oryginał do wglądu), jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem lokalu- do wglądu.
- w przypadku osób ubezwłasnowolnionych, nie mogących się podpisać – postanowienie sądu lub pełnomocnictwo potwierdzone przez notariusza.
- Klauzula Informacyjna dla klientów PCPR Lesko (załącznik nr 2)
- zgoda właściciela/współwłaścicieli na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych (w koniecznych przypadkach) i zgoda na przetwarzanie danych osobowych oświadczenie dotyczące zgody na likwidację barier architektonicznych (załącznik nr 3)

Wypełnia lekarz, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

potwierdzające potrzebę ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze
środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
do likwidacji barier architektonicznych

(WYPEŁNIĆ CZYTELNIC W JĘZYKU POLSKIM)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL

**1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności - rozpoznanie
choroby zasadniczej:**

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

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji.

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:
 - na wózku inwalidzkim
 - za pomocą kul, balkoniku, protez lub innych środków pomocniczych
 - inna dysfunkcja narządu ruchu
- osoba leżąca
- Dysfunkcja narządu wzroku:
- Dysfunkcja narządu słuchu
- Dysfunkcja narządu mowy
- Inne (podać jakie).....

**3. Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych w aspekcie
indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:**

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

.....
miejsce i data

.....
pieczętka i podpis lekarza

Klauzula Informacyjna dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku (PCPR) z siedzibą ul. Rynek 1, 38-600 Lesko. Mogą się Państwo z nami kontaktować w następujący sposób: listownie na adres siedziby administratora, e-mailem; pcpr@powiat-leski.pl lub telefonicznie 13 493 90 95

2) W sprawach dotyczących przetwarzania Państwa danych osobowych, w tym realizacji Państwa praw mogą się Państwo kontaktować z wyznaczonym przez nas inspektorem ochrony danych (IOD) w następujący sposób: listownie na adres siedziby administratora lub e-mailem; iod@powiat-leski.pl

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań PCPR w Lesku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie art. 9 ust. 1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz

- realizacji zadań wynikających z ustawy o pomocy społecznej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.)

- realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej finansowane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.)

- realizacji zadań z zakresu ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 821 z późn. zm.);

- realizacji zadań wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U z 2020 poz. 956 z późn. zm.)

4) Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa (np. policja, sądy) oraz podmiotom zewnętrznym współpracującym z administratorem i świadczącym usługi w zakresie obsługi administracyjnej, informatycznej, prawnej, księgowej (np. banki, operatorzy pocztowi, firmy archiwizujące dokumenty)

5) Zebrane dane będą przetwarzane do momentu wygaśnięcia podstawy prawnej przetwarzania, z wyłączeniem celów statystycznych, archiwalnych i zabezpieczenia przyszłych roszczeń Administratora danych. W przypadku danych osobowych przetwarzanych na podstawie przepisów prawa dane będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów, w tym ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

W przypadku danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody dane będą przetwarzane przez okres obowiązywania zgody, tj. do czasu jej odwołania.

6) Posiadacie Państwo, w przypadkach określonych przepisami, prawo dostępu do treści swoich danych i danych podopiecznego oraz otrzymywania ich kopii, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania przy czym przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego prawa, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do odwołania zgody na przetwarzanie danych podanych dobrowolnie w każdym czasie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Posiadacie Państwo również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

7) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłanką do przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa. W sytuacji gdy podanie danych jest obowiązkowe do załatwienia określonej kategorii spraw konsekwencją nie podania danych osobowych będzie brak możliwości podjęcia skutecznych działań. Natomiast w sytuacji gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody osoby której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych ma charakter dobrowolny.

8) Profilowanie. Pana/Pani dane osobowe nie będą poddawane profilowaniu. Państwa dane osobowe nie będą również wykorzystywane do automatycznego podejmowania decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....
czytelny podpis osoby informowanej

(wypełnić jeśli dotyczy)

.....
.....
.....
imię i nazwisko i adres

.....
miejsowość, data

OŚWIADCZENIE
dotyczące zgody na likwidację barier architektonicznych

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, iż jestem właścicielem / współwłaścicielem*nieruchomości pod adresem / o numerze działki:

.....
i wyrażam zgodę na przeprowadzenie prac związanych z likwidacją barier architektonicznych w budynku/na działce jestem właścicielem / współwłaścicielem.*

dla Pani/a :

.....
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

.....
czytelny podpis
Właściciela/Współwłaściciela

Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez PCPR w Lesku, 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 zadań własnych i zleconych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku, ul. Rynek 1, 38-600 Lesko

.....
czytelny podpis
Właściciela/Współwłaściciela

* (właściwe podkreślić)