

Uzasadnienie wniosku (informacja wnioskodawcy o trudnościach związanych z codziennym funkcjonowaniem wynikającym z ograniczonej sprawności ruchowej lub innych deficytów):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Miejsce realizacji zadania

Miejsce realizacji zadania	Miejscowość:	Kod pocztowy:
	Ulica / numer domu/ lokalu	

5. Termin rozpoczęcia i planowany czas realizacji zadania

.....

.....

.....

6. Przewidywany koszt realizacji zadania:

Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia: zł
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON zł
Oświadczam, iż posiadam środki na pokrycie udziału własnego w kosztach wnioskowanego zadania zł
Inne źródła finansowania (jakie?) zł

7. 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:

.....

.....

8. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu

Numer i data zawartej umowy	Cel dofinansowania	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia
			rozliczono / nie rozliczono
			rozliczono / nie rozliczono
			rozliczono / nie rozliczono

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego

<input type="checkbox"/>	na konto sprzedawcy podane na fakturze																		
<input type="checkbox"/>	na konto osobiste numer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Imię i nazwisko właściciela konta																	
	Adres zamieszkania właściciela konta																	

10. Oświadczenie o wysokości dochodu i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód rodziny**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowych i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek wynosi:

przeciętny miesięczny dochód:zł

liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:osób (y/a)

1. Oświadczam że zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji lub zatajenie prawdy – podstawa prawna *art. 233 § 1 i 2 kodeksu karnego*
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i rozwiązanej z przyczyny leżącej po mojej stronie.
3. Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie ze środków Funduszu nie obejmuje kosztów prac związanych z realizacją zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
4. Przyjmuje do wiadomości, iż wysokość dofinansowania likwidacji barier architektonicznych może wynosić do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.
5. Przyjmuje do wiadomości iż złożenie niniejszego wniosku nie gwarantuje uzyskania dofinansowania w ramach przedmiotowego zadania
6. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utwalenie jej przebiegu (np. sporządzenie fotografii).
7. Przyjmuje do wiadomości, iż dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu augustowskiego na rok 20..... r. i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
8. O wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od ich wystąpienia.

Załączniki	
<input type="checkbox"/>	kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wnioskodawcy lub jego odpowiednik
<input type="checkbox"/>	aktualne zaświadczenie lekarskie (wg wzoru PCPR w Augustowie)
<input type="checkbox"/>	kserokopia dokumentu potwierdzającego prawo do zamieszkania w lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier
<input type="checkbox"/>	zgoda właściciela lokalu lub budynku na wykonanie prac związanych z likwidacją barier (jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem lokalu/budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych).
<input type="checkbox"/>	oferta cenowa/ kosztorys na zakup sprzętu/na zakres prac, którego dotyczy wniosek (jeśli dotyczy)
<input type="checkbox"/>	w przypadku ustanowienia przez Sąd opiekuna prawnego – zaświadczenie Sądu
<input type="checkbox"/>	w przypadku ustanowienia pełnomocnika – kopia pełnomocnictwa
<input type="checkbox"/>	inne dokumenty (wymienić):

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy,
przedstawiciela ustawowego dziecka,
opiekuna prawnego, pełnomocnika ustanowionego notarialnie

Klauzula Informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust 1 i 2 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, RODO).

Informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie, ul. Młyńska 52, 16-300 Augustów, tel. 87 643 20 71, e-mail: pcpr@st.augustow.wrotapodlasia.pl.
2. Zgodnie z art. 37 ust. 1 lit. a) RODO, administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pod adresem poczty elektronicznej: iod_pcpr@st.augustow.wrotapodlasia.pl.
3. Państwa dane osobowe są przetwarzania w celu realizacji zadań publicznych wynikających z przepisów prawa oraz szeregu ustaw nakładających na administratora obowiązki i zadania, których realizacja wymaga przetwarzania danych osobowych. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie będzie wynikało z przepisów prawa zostaniecie Państwo poproszeni o wyrażenie dobrowolnej zgody na przetwarzanie dotyczących Państwa danych osobowych. Niezależnie od podstawy prawnej przetwarzania dotyczących Państwa danych osobowych Administrator gwarantuje, że Państwa dane są przetwarzane w minimalnym zakresie umożliwiającym realizację ściśle określonego celu.
4. Odbiorcami Państwa danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub podpisanych umów powierzenia mogą zostać osoby upoważnione przez Administratora, podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa, podmioty prowadzące działalność bankową, operatorzy pocztowi, kurierzy oraz obsługa informatyczna. Ponadto w zakresie stanowiącym informację publiczną dane będą ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP Urzędu.
5. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat zgodnie z kategorią archiwalną określoną w przepisach kancelaryjnych i archiwalnych obowiązujących w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie.
6. Przysługuje Państwu, w zależności od charakteru przetwarzania, prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu, prawo do przenoszenia danych, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Dodatkowo w przypadku, gdy podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest Państwa dobrowolna zgoda, przysługuje Państwu prawo do cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie.
7. Podanie przez Państwa danych osobowych, w zależności od ściśle określonego celu przetwarzania, może być wymogiem ustawowym lub umownym lub warunkiem zawarcia umowy.
8. Państwa dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

.....
czytelny podpis (wnioskodawcy, przedstawiciela
ustawowego dziecka, pełnomocnika
ustanowionego
notarialnie, opiekuna prawnego, doradcy
tymczasowego, innej osoby wskazanej
przez Wnioskodawcę)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadczenie wydaje się w celu złożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie w związku z ubieganiem się o dofinansowanie **likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania**

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta w zakresie trudności w poruszaniu się dotyczy: (zaznaczyć właściwe)*:

<input type="checkbox"/>	Pacjent jest osobą leżącą, nie poruszającą się samodzielnie	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent porusza się na wózku inwalidzkim	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent porusza się wyłącznie przy pomocy balkonika, kul lub innych podpórek ułatwiających chodzenie (jakich?)	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent po amputacji*: <input type="checkbox"/> kończyn/y górnej ; <input type="checkbox"/> kończyn/y dolnej	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Schorzenia pacjenta, które w swoich skutkach powodują znaczne ograniczenia w poruszaniu się i przemieszczaniu i uzasadniają potrzebę likwidacji barier architektonicznych (wymienić):	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma trudności w poruszaniu się	pieczęć i podpis lekarza

* Można zaznaczyć więcej niż jedną pozycję

Informacje dodatkowe:

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

.....
Data

.....
pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie