

**Adnotacje przyjmującego wniosek:**

I. Ocena zasadności wniosku

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

.....  
(data i podpis)

II. Opinia Komisji ds. likwidacji barier

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

.....  
(data i podpis)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....  
(data i podpis)

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. **Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność wnioskodawcy i osób z nim wspólnie zamieszkałych ( jeżeli są osobami niepełnosprawnymi i zostali wpisani do wniosku) - oryginał do wglądu.**
2. **Zaświadczenie o dochodach (wszelkie dochody podlegające opodatkowaniu i nie podlegające opodatkowaniu) Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą – dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (zaświadczenie z zakładu pracy, odcinki emerytury, renty bądź decyzje ZUS o wysokości tych świadczeń). Decyzji o pobieranych świadczeniach z MOPS, GOPS, alimentach otrzymywanych, alimentach z funduszu alimentacyjnego, wszelkie stypendia otrzymane - tylko do wglądu.**
3. **Udokumentowana podstawa własności lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, akt notarialny, umowa najmu) ewentualnie zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym Wnioskodawca stale zamieszkuje, na przeprowadzenie zaplanowanych prac.**
4. **Kosztorys wstępny wykonania prac.**
5. **Postanowienie Sądowe lub pełnomocnictwo poświadczone przez uprawnione organy, w przypadku, gdy wnioskodawca sam nie podpisuje wniosku.**
6. **Klauzula informacyjna RODO (Załącznik nr 1).**
7. **Aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty (np. neurolog, ortopeda, reumatolog, chirurg) potwierdzające występowanie problemów w poruszaniu się (Załącznik nr 2)**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych, w tym danych „szczególnych kategorii”**

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie zwanym dalej PCPR, z siedzibą w Starachowicach, w celu realizacji przez PCPR ustawowych zadań dotyczących Pana/Pani osoby lub sprawy, które Pan/Pani przekazał/a nam w składanym wniosku/dokumentacji/oświadczeniu, w tym

o Pana/Pani stanie zdrowia ,

Ponieważ dane szczególnych kategorii w tym *dotyczące* zdrowia/inne chronione są szczególnie, musimy prosić Pana/Panią o wyrażenie wyraźnej zgody na ich przetwarzanie.

Prosimy, wyraźnie potwierdzić (postawić znak krzyżyk przy właściwej odpowiedzi), że zgadza się Pan/Pani, abyśmy przetwarzali podane przez Pana/Panią dane, o których mowa wyżej:

NIE

Nie zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane, o których mowa wyżej, w tym dane szczególnych kategorii, w powyżej wskazanych celach.

TAK

Tak, zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane, o których mowa wyżej, w tym dane szczególnych kategorii, w powyżej wskazanych celach.

**Klauzula informacyjna:**

Zgodnie z art.13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, iż:

- 1) administratorem Pana/Pani danych osobowych jest PCPR z siedzibą w Starachowicach,
- 2) Powołany został inspektor ochrony danych osobowych, z którym można się kontaktować telefonicznie: 412748806 oraz mailowo: iod@pcpr.starachowice.pl
- 3) Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji przez PCPR ustawowych zadań dotyczących Pana/Pani osoby lub sprawy na podstawie Pana/Pani zgody (podstawa z art.6 ust.1 RODO),
- 4) odbiorcą Pana/Pani danych osobowych będą pracownicy PCPR/członkowie komisji ds. rozpatrywania wniosków,
- 5) Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do celów realizacji Pana/Pani sprawy oraz wymagany prawem okres archiwizacji dokumentów,
- 6) posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, a także otrzymania kopii oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- 7) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do PUODO gdy uzna, iż przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 8) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia sprawy, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa jej wszczęcia.

.....  
data

.....  
czytelny podpis

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB  
POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE  
(dla celów dofinansowania likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON)**

**Imię i Nazwisko**.....

**PESEL**.....

**Seria i nr dowodu osobistego**.....

**Adres zamieszkania** .....

**I. Przedmiot dofinansowania: (odpowiednie zaznaczyć):**

1. budowa podjazdu zapewniającego osobom niepełnosprawnym na wózku inwalidzkim samodzielny dostęp do budynku mieszkalnego,
2. zakup i montaż schodolaza,
3. likwidacja bariery architektonicznej w łazience i WC
4. inny (jaki?).....

**II. Opis schorzenia podstawowego:**.....

.....

**III. Zdolność poruszania się wnioskodawcy (osoba leżąca, osoba porusza się na wózku inwalidzkim, osoba niewidoma, wnioskodawca bez kończyn górnych lub z dysfunkcją kończyn górnych uniemożliwiająca wykonanie podstawowych czynności, osoba poruszająca się przy pomocy protezy lub inne)**

.....

.....

(własnoręczny wpis lekarza specjalisty wybrany z powyższych dysfunkcji)

**IV. Uzasadnienie potrzeby likwidacji bariery architektonicznej**

.....

.....

.....

.....

Data.....

.....  
pieczęć i podpis lekarza specjalisty