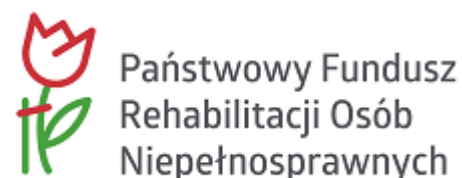


Data wpływu:  
Nr sprawy:



## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

##### ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> We własnym imieniu <input type="checkbox"/> Jako rodzic <input type="checkbox"/> Jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
<b>Postanowieniem Sądu</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość:	

<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne    wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

.....

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....**

**w tym liczba osób niepełnosprawnych: .....**

**KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON**

Na likwidację barier architektonicznych/w komunikowaniu się/technicznych ze środków finansowych PFRON:

nie korzystałem

korzystałem

**CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON**

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU****PRZEDMIOT WNIOSKU**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
Słownie:	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	
<b>Cel dofinansowania i uzasadnienie</b>	

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 95% kosztów realizacji zadania.

Przewidywany koszt realizacji zadania nie powinien być większy niż suma kwoty wnioskowanej, deklaryowanych środków własnych oraz innych źródeł finansowania.

## WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b>	
<b>Miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji:</b>	

### OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Budynek:</b>	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
<b>Ilość pięter:</b>	<input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> piętrowy, <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?): .....
<b>Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:</b>	

<b>Liczba pokoi:</b>	..... <input type="checkbox"/> + kuchnia, <input type="checkbox"/> + łazienka, <input type="checkbox"/> + wc
<b>Łazienka jest wyposażona w:</b>	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> brodzik, <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową, <input type="checkbox"/> umywalkę
<b>W mieszkaniu jest:</b>	<input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej, <input type="checkbox"/> ciepłej, <input type="checkbox"/> kanalizacja, <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie, <input type="checkbox"/> prąd, <input type="checkbox"/> gaz
<b>Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:</b>	

### SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dzieci i młodzież do lat 18
- Inne / jakie? .....

### OŚWIADCZENIE

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: .....

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że:

- zamieszkuję na stałe pod adresem wskazanym we wniosku
- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie,
- nie ubiegam się i nie będę ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON na terenie innego samorządu powiatowego,
- zapoznałem/am się i akceptuję zasady i warunki przyznawania dofinansowania.



Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam że zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

#### Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

#### Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

#### Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

#### Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

#### Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń. Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”. Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

#### Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

#### Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

#### Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo: 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii, 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych, 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych, 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych, 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO, 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

#### Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Czytelny Podpis Wnioskodawcy</i>

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

## UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

### Lista

1. Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność wnioskodawcy i osób z nim wspólnie zamieszkających ( 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 zamieszkających 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).

## Informacja o przetwarzanych danych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust.2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej RODO) informuję, że od dnia 25 maja 2018 roku przysługują Osobie określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem danych:

**1. Administratorem Pani/Pana danych jest** Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Starachowicach, którego siedziba jest w Starachowicach, ul. Złota 6, 27 - 200 Starachowice;  
e-mail: [sekretariat@pcpr.starachowice.pl](mailto:sekretariat@pcpr.starachowice.pl) tel. 41 274 88 06

**2. Powołany jest Inspektor Ochrony Danych Osobowych:**

Można się z nim skontaktować **w formie pisemnej na adres:**

- Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Złota 6 27-200 Starachowice,
- e-mail: [iod@pcpr.starachowice.pl](mailto:iod@pcpr.starachowice.pl),
- telefonicznie: 41 274 88 06,

**1. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Starachowicach przetwarza Pani/Pana dane zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w celu wykonywania zadań ustawowych w zakresie: wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, pomocy społecznej, przeciwdziałaniu przemocy domowej oraz dofinansowań z zakresu rehabilitacji społecznej - na podstawie:**

- > Ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
- > Ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej,
- > Ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej,
- > Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
- > Ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego.

**1. W związku z przetwarzaniem danych w celach określonych w pkt 3 Pani/Pana dane będą udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych.**

Odbiorcami Pani/Pana danych będą:

- 1) Pani/Pan jako Strona postępowania, jako Wnioskodawca, Pani/Pana Pełnomocnicy,
- 2) Członkowie komisji do spraw rozpatrywania wniosków.

**Uwaga:** Organy publiczne, które mogą otrzymywać Pani/Pana dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, nie są uznawane za odbiorców.

**2. Okres przechowywania danych osobowych:**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w pkt. 3 celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt.

**3. W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Starachowicach Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu:**

- > prawo dostępu do swoich danych osobowych,
- > prawo do ograniczenia ich przetwarzania,
- > prawo do sprostowania swoich danych osobowych,
- > prawo do przenoszenia swoich danych,
- > prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Uwaga:** pozytywne rozpatrzenie Pani/Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych lub prawa do przeniesienia danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie.

**1. W przypadku przetwarzania danych w oparciu o zgodę,** przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

**2. W przypadku uznania, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO,** przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**3. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest:**

- > dobrowolne, oraz konieczne celem załatwienia sprawy,
- > wymogiem ustawowym.

**1. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.**

**2. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

.....  
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.....

.....  
pieczęćka i podpis lekarza specjalisty