**Data wpływu:**
**Nr sprawy: …../2026**

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

# 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 |
|---|---|
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | ☐ w własnym imieniu<br>☐ jako rodzic<br>☐ jako opiekun prawny<br>☐ jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br>☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie<br>☐ na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie |
| **Postanowieniem Sądu:** | |
| **Z dnia:** | |
| **Sygnatura akt:** | |
| **Imię i nazwisko notariusza:** | |
| **Repertorium nr:** | |
| **Zakres pełnomocnictwa:** | ☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br>☐ do rozliczenia dofinansowania<br>☐ do zawarcia umowy<br>☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br>☐ do złożenia wniosku<br>☐ inne |

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Imię:** | |
| **Drugie imię:** | |
| **Nazwisko:** | |
| **PESEL:** | |

| | |
|---|---|
| **Data urodzenia:** | |
| **Płeć:** | ☐ mężczyzna<br>☐ kobieta |
| **Dowód osobisty(o ile dotyczy) seria i numer** | |
| **Dowód osobisty wydany przez:** | |
| **Dowód osobisty – data wydania:** | |

## ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Województwo:** | |
| **Powiat:** | |
| **Gmina:** | |
| **Miejscowość:** | |
| **Ulica:** | |
| **Nr domu:** | |
| **Nr lokalu:** | |
| **Kod pocztowy:** | |
| **Poczta:** | |
| **Rodzaj miejscowości:** | ☐ miasto<br>☐ wieś |
| **Nr telefonu:** | |
| **Adres e-mail:** | |

## ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Województwo:** | |
| **Powiat:** | |
| **Gmina:** | |
| **Miejscowość:** | |
| **Ulica:** | |

| | |
|---|---|
| **Nr domu:** | |
| **Nr lokalu:** | |
| **Kod pocztowy:** | |
| **Poczta:** | |

## DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

☐ nie dotyczy

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Imię:** | |
| **Drugie imię:** | |
| **Nazwisko:** | |
| **PESEL:** | |
| **Data urodzenia:** | |
| **Płeć:** | ☐ mężczyzna<br>☐ kobieta |

## ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Województwo:** | |
| **Powiat:** | |
| **Gmina:** | |
| **Miejscowość:** | |
| **Ulica:** | |
| **Nr domu:** | |
| **Nr lokalu:** | |
| **Kod pocztowy:** | |
| **Poczta:** | |
| **Nr telefonu:** | |
| **Adres e-mail:** | |
| **Rodzaj miejscowości:** | ☐ miasto<br>☐ wieś |

| STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | |
|---|---|
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | ☐ tak<br>☐ nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** | ☐ znaczny<br>☐ umiarkowany<br>☐ lekki<br>☐ nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | ☐ bezterminowo<br>☐ okresowo – do dnia: …….. |
| **Numer orzeczenia:** | ON…….. |
| **Grupa inwalidzka:** | ☐ I grupa<br>☐ II grupa<br>☐ III grupa<br>☐ nie dotyczy |
| **Niezdolność:** | ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br>☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br>☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br>☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy<br>☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br>☐ Nie dotyczy |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe<br>☐ 02-P – choroby psychiczne<br>☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br>☐ osoba głucha<br>☐ osoba głuchoniema<br>☐ 04-O – narząd wzroku<br>☐ osoba niewidoma<br>☐ osoba głuchoniewidoma<br>☐ 05-R – narząd ruchu<br>☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br>☐ dysfunkcja obu kończyn górnych<br>☐ 06-E – epilepsja<br>☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br>☐ 08-T – choroby układu pokarmowego<br>☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br>☐ 10-N – choroby neurologiczne<br>☐ 11-I – inne<br>☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |

| | |
|---|---|
| **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:** | ☐ tak<br>☐ nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | ☐ 2 przyczyny<br>☐ 3 przyczyny |

## SYTUACJA MIESZKANIOWA

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**
□ indywidualne □ wspólne

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

| L.p | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | Stopień niepełnosprawności |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku:**

☐ 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** | **Wartość** |
| **Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:** | |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** | |
| Słownie: | |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:** | |
| Słownie: | |
| **co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** | |
| **Deklarowane środki własne (kwota)** | |
| **Inne źródła finansowania:** | |
| **Cel dofinansowania i uzasadnienie:** | ……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>…… |

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

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:** | ……..……..…<br>……<br>…..……..……<br>……..……<br>……..……<br>……<br>……...<br>……..……<br>…… |
| **Miejsce realizacji zadania:** | |
| **Termin rozpoczęcia (należy podać datę):** | |
| **Przewidywany czas realizacji (należy podać przybliżony czas realizacji np.1 m-c)** | |

## 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 | Wartość |
|---|---|
| **Właściciel konta (imię i nazwisko):** | |
| **Nazwa banku:** | |
| **Nr rachunku bankowego:** | ____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ |

☐ w kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

☐ na konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---|
| **Budynek:** | ☐ dom jednorodzinny,<br>☐ wielorodzinny prywatny,<br>☐ wielorodzinny komunalny,<br>☐ wielorodzinny spółdzielczy |
| **Ilość pięter:** | ☐ budynek parterowy,<br>☐ piętrowy,<br>☐ mieszkanie na piętrze, (którym?): ☐ |
| **Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:** | ……. |
| **Liczba pokoi:** | ……. pokoje ☐ kuchnia ☐ łazienka ☐ wc |
| **Łazienka jest wyposażona w:** | ☐ wannę,<br>☐ brodzik,<br>☐ kabinę prysznicową,<br>☐ umywalkę |
| **W mieszkaniu jest:** | ☐ instalacja wody zimnej,<br>☐ ciepłej,<br>☐ kanalizacja,<br>☐ centralne ogrzewanie,<br>☐ prąd,<br>☐ gaz |
| **Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:** | ……... |

## 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 - ŚREDNI DOCHÓD

**Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto, 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: ……...**

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. 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 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 nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

**Klauzula informacyjna 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.
Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|---|---|---|
| | …… 2026 r. | |

| ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU | |
|---|---|
| 1. | **Kopia aktualnego orzeczenia** lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art.1, art.5 pkt 1a, lub art.62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2021 r. poz.573 z późn.zm), a w przypadku osoby, o której mowa w art.62 ust.3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed dniem 1 stycznia 1998 r. **(oryginał do wglądu).** |
| 2. | **Kopia orzeczeń** o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (oryginał do wglądu). |
| 3. | **Aktualne zaświadczenie lekarskie** (ważne 3 miesiące od dnia wystawienia) zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności oraz wynikających z niej problemów w poruszaniu się **(załącznik nr 1).** |
| 4. | Aktualny ***wypis z księgi wieczystej z sądu*** (lub wydruk komputerowy ze strony **www.ekw.ms.gov.pl** założonej dla nieruchomości, na której mają być przeprowadzone prace w ramach likwidacji barier architektonicznych oraz **mapa ewidencyjna z numerem działki**, na której usytuowany jest budynek, |
| 5. | **Oświadczenie właściciela/współwłaścicieli nieruchomości** dot. zgody na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych **(załącznik nr 2)** |
| 6. | **Klauzula informacyjna/Oświadczenie Wnioskodawcy (załącznik nr 3)** |
| 7. | Dokument potwierdzający pełnienie funkcji przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej (kopia postanowienia sądu, pełnomocnictwa notarialnego – o ile dotyczy. W przypadku składania wniosku w imieniu małoletniego dziecka, należy przedłożyć kopię aktu urodzenia. |
| 8. | W przypadku, gdy konieczne jest podanie danych osób innych niż wnioskodawca (orzeczenie, nr rachunku bankowego itp.) wymagane jest pisemne oświadczenie o zapoznaniu się z Klauzulą informacyjną i zgoda na przetwarzanie danych osobowych - tej/tych osób. |
| 9. | Pełnomocnictwo do reprezentowania wnioskodawcy w sprawach dotyczących barier **(załącznik nr 4).** |

| DODATKOWO PO DOKONANIU PRZEZ PRACOWNIKÓW PCPR WIZJI LOKALNEJ W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ | |
|---|---|
| 1. | Kosztorys inwestorski dotyczący zakresu oraz kosztów planowanych robót. |
| 2. | Szkice dotyczące przedmiotu dofinansowania (itp. pomieszczenie łazienki dostosowywanej dla osoby z niepełnosprawnością, podjazd dla osoby na wózku inwalidzkim itp. – wg. stanu aktualnego oraz projektowanego). |
| 3. | W przypadkach koniecznych pozwolenie na budowę lub zgłoszenie, zgodnie z przepisami prawa budowlanego. |

## Część C – WERYFIKACJA WNIOSKU I DECYZJA PCPR

**I. WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU:**

☐ pozytywna

☐ negatywna

☐ wniosek wymaga uzupełniania/usunięcia uchybień

(wymienić): ……..

……
podpis pracownika

**II. WERYFIKACJA MERYTORYCZNE WNIOSKU:**

☐ pozytywna

☐ negatywna

…..……
podpis pracownika

**III. DECYZJA Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie:**

☐ pozytywna

Kwota dofinansowania ze środków PFRON: …….. zł

(słownie: ……. zł)

☐ negatywna

Uzasadnienie: ……

……