

Załączniki do wniosku:

	Wykaz załączników	Dostarczono TAK/NIE	Data uzupeł nienia
1	Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz., 776 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopie orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.		
2	Aktualne zaświadczenie lekarskie, wypełnione przez lekarza zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i potwierdzające potrzebę realizacji zadania (załącznik nr 1),		
3	Udokumentowana podstawa prawna zamieszkiwania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych – kopia dowodu osobistego.		
4	Kosztorys rzeczowo – finansowy realizacji zadania, tj. kosztorys inwestorski realizacji zadania sporządzony przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane.		
5	Szkic pomieszczenia (rysunek techniczny), którego dotyczy likwidacja barier architektonicznych z podaniem jego wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego, sporządzony przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane.		
6	Zgoda właściciela budynku mieszkalnego lub lokalu, jeżeli taka zgoda jest wymagana		
7	Pozwolenie na budowę/zgłoszenie w odpowiednim wydziale budownictwa na prace związane z likwidacją barier architektonicznych		
8	Pełnomocnictwo – jeśli dotyczy.		
9	Aktualny wyciąg z Księgi Wieczystej,		
10	Umowa najmu, akt notarialny.		
11	Oświadczenie.		
12	Cztery zdjęcia pomieszczenia, w którym mają zostać wykonane prace przystosowawcze.		
13	Inne dokumenty		

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko
Data urodzenia PESEL
Adres

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:
2. na wózku inwalidzkim
3. za pomocą kul
4. za pomocą balkoniku
5. osoba leżąca
6. inna dysfunkcja narządu ruchu
7. wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
8. dysfunkcja narządu wzroku
9. dysfunkcja narządu słuchu i mowy
10. upośledzenie umysłowe
11. inne (podać jakie)

Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pacjent wymaga \ nie wymaga** przystosowania budynku mieszkalnego i jego najbliższego otoczenia
stosownie do potrzeb jego niepełnosprawności

Data

.....
Podpis i pieczętka lekarza

- * właściwe zaznaczyć
- * niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do wniosku
o dofinansowanie ze środków PFRON
likwidacji barier architektonicznych

.....
(miejscowość, data)

.....
(Imię i nazwisko)

.....

.....
(Adres zamieszkania)

Oświadczenie

Oświadczam, że:

12. Zostałem poinformowan/a, że **dofinansowanie ze środków PFRON nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.**
13. Oświadczam, iż zostałem/am/ poinformowany/a/ przez pracowników Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pisz, że składany przeze mnie w dniu dzisiejszym wniosek o likwidację barier architektonicznych nie jest jednoznaczny z pozytywną decyzją o przyznaniu dofinansowania, a do jego realizacji niezbędne jest podpisanie ze Starostą Piskim stosownej umowy i wszelkie inwestycje (zakupy) mogą być dokonywane tylko i wyłącznie po dacie podpisania tejże umowy.
4. Oświadczam, iż posiadam 5 % środków własnych na realizację wnioskowanego zadania.

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

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE. L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pisz** (adres: ul. Piaskowa 2, 12-200 Pisz, tel.: 87 425 25 71, e-mail: pcpr@powiat.pisz.pl).
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu w celu rozpatrzenia wniosku i ustalenia prawa do świadczenia w formie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i podjęcia decyzji o wysokości dofinansowania oraz w celu realizacji innych zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4. Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 573 ze zm.) – zwanej dalej Ustawą i Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzaju zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (t.j. Dz.U. z Dz.U. 2015 poz. 926 Podstawą przetwarzania danych jest również art. 6 ust. 1 lit. A, RODO tj. wyrażona przez Państwa zgoda dla kategorii danych osobowych podanych dobrowolnie, to znaczy innych niż wymaganych przepisami prawa dla realizacji świadczenia.
5. Państwa dane będą przechowywane przez okres związany z realizacją świadczeń a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji jednostki.
6. Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym w profilowaniu.
7. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - e) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
8. Podanie przez Państwa danych osobowych wymaganych dla realizacji świadczenia na podstawie Ustawy jest obowiązkowe – nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Brak przekazania przez Państwa danych osobowych oznaczonych jako dobrowolne pozostaje bez wpływu na rozpatrzenie złożonego wniosku.
9. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez jednostkę umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją przysługujących Państwu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

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