



Data wpływu:
Nr sprawy:

**WNIOSEK „M-III”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu
„Aktywny Samorząd”**

**Moduł III – Zadanie 1 Pomoc w zamianie architektonicznie niedostępnego
mieszkania, które spełnia indywidualne kryterium dostępności**

Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.

DANE WNIOSKODAWCY ROLA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie
Nazwa właściwego sądu:	
Data wydania dokumentu:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego notarialnie z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełny zakres – od złożenia wniosku aż do zawarcia i rozliczenia umowy <input type="checkbox"/> zawarcie umowy <input type="checkbox"/> udzielanie wyjaśnień i uzupełnianie wniosku <input type="checkbox"/> złożenie wniosku <input type="checkbox"/> inne

Do wniosku należy dołączyć skan pełnomocnictwa umieszczając go na liście załączników.

DANE WNIOSKODAWCY DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Zawartość
Imię:	

Drugie imię:	
Nazwisko:	
Numer PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer mieszkania:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer mieszkania:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Numer telefonu:	
Adres email:	

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Zanim odpowiesz na pytania w tej sekcji, przeczytaj dokładnie poniższe wyjaśnienie. Aby uzyskać dofinansowanie z PFRON, musisz mieć orzeczenie o niepełnosprawności. Jest to dokument, który potwierdza, że osoba ma niepełnosprawność. Jest wydawany przez powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Wtedy możesz korzystać z pomocy z PFRON: dofinansowania do różnych świadczeń i zakupów sprzętu. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś po 1997 roku, to w punkcie „Stopień niepełnosprawności” zaznacz stopień niepełnosprawności, jaki masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz przyznanego stopnia niepełnosprawności, to zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś przed 1997 rokiem i jest ono wciąż ważne, to możesz mieć określoną grupę inwalidzką. Wtedy w punkcie „Grupa inwalidzka” zaznacz grupę, jaką masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz grupy inwalidzkiej, zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli masz orzeczenie wydane przez ZUS lub KRUS wówczas zaznacz właściwą odpowiedź tylko w pytaniu: „Niezdolność do pracy”. Jeżeli zaznaczysz, że wypełniasz wniosek dla osoby do 16. roku życia, to nie dotyczą Cię pytania o grupę inwalidzką, stopień niepełnosprawności i niezdolność do pracy.

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> Ważne bezterminowo <input type="checkbox"/> Ważne okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- 04-O – narząd wzroku
- 05-R – narząd ruchu
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia

- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Nazwa pola	Zawartość
Czy osoba z niepełnosprawnością posiada orzeczenie wydane z powodu dysfunkcji narządu wzroku?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy osoba z niepełnosprawnością ma problemy z samodzielny poruszaniem się ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Czy osoba z niepełnosprawnością porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?

- tak nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:	

Czy masz zaległości finansowe wobec PFRON – na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:

- tak nie

Czy masz zaległości finansowe wobec urzędu, do którego zwracasz się o dofinansowanie ze środków PFRON? Na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:

- tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:

- tak nie

UZASADNIENIE WNIOSKU

Wnioskodawca może uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, w odniesieniu do celu programu, jakim jest likwidacja barier w dostępie do mieszkania spełniającego indywidualne kryterium dostępności dla beneficjenta pomocy, poprzez pomoc w zamianie architektonicznie niedostępnego mieszkania na mieszkanie spełniające indywidualne kryterium dostępności, znajdujące się w lokalizacji umożliwiającej samodzielne opuszczenie budynku, aż do poziomu zero przed budynkiem.

(Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR):

tak nie

Czy Wnioskodawca uzyskał w ciągu ostatnich 3 lat pomoc ze środków PFRON na pokrycie kosztów zmiany mieszkania:

tak nie

PRZEDMIOT WNIOSKU – Informacje o mieszkaniu, na które ma zostać zmienione obecne mieszkanie

Wartość, w tym planowana (w zł)	
Kwota wnioskowana (w zł)	
Powierzchnia, w tym planowana (w m ²)	

Stopień / planowany stopień dostosowania mieszkania do wymogów osób z niepełnosprawnością:

- Mieszkanie w pełni/całkowicie spełnia/powinno spełniać moje oczekiwania w zakresie dostępności
 Mieszkanie częściowo spełnia/powinno spełniać moje oczekiwania w zakresie dostępności, dając mi samodzielność w poruszaniu się w mieszkaniu i wyjście z mieszkania na zewnątrz

Rodzaj / planowany rodzaj udogodnień:

- Dostępny poziom zerowy budynku (w tym podjazd)
 Winda (z dostępnym wjazdem dla wózka)
 Mieszkanie jest na parterze
 Ogólnodostępna powierzchnia budynku jest bez progów i stopni (poziom zerowy)
 Szeroki korytarz prowadzący do mieszkania
 Szerokie drzwi wejściowe do mieszkania/domu
 Dostępne architektonicznie, szerokie wejścia do pomieszczeń w mieszkaniu
 Pysznic (bez konieczności dostosowania)
 Wanna (bez konieczności dostosowania)
 Łatwy dostęp do urządzeń sanitarnych (ułatwienia dla osób z niepełnosprawnością)
 Bezpieczna powierzchnia podłóg w mieszkaniu (bez progów, stopni, antypoślizgowa)
 Łatwy dostęp do okien
 Inne, jakie

Piętro / planowane piętro:

- Mieszkanie poniżej poziomu „0”
 Parter
 Piętra od 1 do 5
 Piętra od 6 do 10
 Powyżej 10 piętra

Typ / planowany typ mieszkania uzyskanego w ramach zmiany:

- Dom jednorodzinny
 Mieszkanie

Powierzchnia / planowana powierzchnia użytkowa mieszkania:

- do 30m²
 od 31 do 50m²
 od 51 do 70 m²
 powyżej 70m²

Wszyscy użytkownicy / planowani użytkownicy mieszkania:

- Będę mieszkać samodzielnie
 Będę mieszkać z rodziną
 Będę mieszkać z innymi osobami

Liczba / planowana liczba dodatkowych użytkowników mieszkania (należy wskazać wszystkie osoby poza osobą, która ma uzyskać dofinansowanie):

- 1
 2
 3
 4
 5

<input type="checkbox"/> Więcej niż 5	
Liczba / planowana liczba osób niepełnosprawnych spośród dodatkowych użytkowników mieszkania (poza osobą, która ma uzyskać dofinansowanie):	
<input type="checkbox"/> 0	
<input type="checkbox"/> 1	
<input type="checkbox"/> 2	
<input type="checkbox"/> 3	
<input type="checkbox"/> 4	
<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Więcej niż 5	
Powierzchnia na jedną osobę	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer mieszkania	
Kod pocztowy	
Poczta	

PRZEDMIOT WNIOSKU – Informacje o mieszkaniu z którego obecnie korzysta osoba z niepełnosprawnością

Wartość mieszkania w zł	
Powierzchnia mieszkania w m ²	
Stopień niedostosowania Mieszkania do wymogów osób z niepełnosprawnością	
<input type="checkbox"/> Mieszkanie całkowicie nie spełnia moich oczekiwań w zakresie dostępności	
<input type="checkbox"/> Mieszkanie częściowo nie spełnia moich oczekiwań w zakresie dostępności, nie zapewnia mi samodzielności w poruszaniu się w mieszkaniu i wyjścia z mieszkania na zewnątrz	
Braki udogodnień dostępności:	
<input type="checkbox"/> Niedostępny poziom zerowy budynku (w tym brak podjazdu)	
<input type="checkbox"/> Mieszkanie nie jest położone na parterze/brak windy	
<input type="checkbox"/> Winda niedostępna dla osób poruszających się przy pomocy wózka inwalidzkiego	
<input type="checkbox"/> W ogólnodostępnej powierzchni budynku są progi i stopnie (poziom zerowy)	
<input type="checkbox"/> Zbyt wąski korytarz prowadzący do mieszkania	
<input type="checkbox"/> Zbyt wąskie drzwi wejściowe do mieszkania/domu	
<input type="checkbox"/> Zbyt wąskie drzwi/wejścia do pomieszczeń w mieszkaniu	
<input type="checkbox"/> Niedostosowany prysznic	
<input type="checkbox"/> Niedostosowana wanna	
<input type="checkbox"/> Utrudniony dostęp do urządzeń sanitarnych (bez ułatwień dla osób z niepełnosprawnością)	
<input type="checkbox"/> Niebezpieczna powierzchnia podłóg w mieszkaniu (progi, stopnie, materiały nie antypoślizgowa)	
<input type="checkbox"/> Utrudniony dostęp do okien	
<input type="checkbox"/> Inne, jakie:	
Piętro:	
<input type="checkbox"/> Mieszkanie poniżej poziomu „0”	
<input type="checkbox"/> Parter	
<input type="checkbox"/> Piętra od 1 do 5	
<input type="checkbox"/> Piętra od 6 do 10	
<input type="checkbox"/> Powyżej 10 piętra	

Typ posiadanego mieszkania: <input type="checkbox"/> Dom jednorodzinny <input type="checkbox"/> Mieszkanie	
Rodzaj mieszkania: <input type="checkbox"/> Własnościowe <input type="checkbox"/> Spółdzielcze własnościowe	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer mieszkania	
Kod pocztowy	
Pocztą	

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

Dane rachunku bankowego wnioskodawcy, na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU

Lp.	Treść oświadczenia
1	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> informacje podane przeze mnie we wniosku i załącznikach do wniosku, są zgodne z prawdą.
2	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> dysponuję tytułem prawnym do lokalu na mocy prawa własności lub spółdzielczego własnościowego prawa do lokalu.
3	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> posiadana/zamieszkana przeze mnie nieruchomość ze względu na bariery architektoniczne w mieszkaniu i/lub w budynku uniemożliwia mi samodzielne wyjście na zewnątrz na poziom zero.
4	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> Mieszkanie uzyskane w ramach zmiany spełnia/spełni kryterium braku barier architektonicznych, jest/będzie w lokalizacji umożliwiającej samodzielne opuszczenie budynku, aż do poziomu zero przed budynkiem
5	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> będąc opiekunem osoby, której dotyczy wniosek, wspólnie z nią zamieszkuję.
6	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> 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.
7	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> przyjmuję do wiadomości i stosowania, że Realizator programu ma prawo dokonać kontroli zgodności stanu faktycznego ze stanem deklarowanym w oświadczeniach, co oznacza także zgodę na przeprowadzenie kontroli w mieszkaniu, co do którego składane są oświadczenia.

8	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> przyjmuję do wiadomości i stosowania, że mieszkanie zakupione przy udziale środków programu nie może być zakupione od osób spokrewnionych.
---	--

Oświadczam ze 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

Wniosek, Aktywny Samorząd – Moduł III, Zadanie 1- pomoc w zamianie architektonicznie niedostępnego mieszkania, które spełnia indywidualne kryterium dostępności

Prysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00 – 014 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.

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

Lista

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.

Plik

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.

Plik

Lp.	Plik