



Data wpływu:

Nr sprawy:

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

**Moduł III – Zadanie 2 Pomoc w wynajęciu samodzielnego mieszkania, które spełnia  
indywidualne kryterium dostępności**

**DANE WNIOSKODAWCY  
ROLA WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego 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

**DANE WNIOSKODAWCY  
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	

<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>	
<b>Numer lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
<b>Numer telefonu:</b>	
<b>Adres email:</b>	

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>	
<b>Numer lokalu:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

### DANE MOCODAWCY

#### DANE PERSONALNE MOCODAWCY

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

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>	
<b>Numer lokalu:</b>	

<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Numer telefonu:</b>	
<b>Adres email:</b>	

## NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

### STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB 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
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <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"/> Nie dotyczy
<b>Niezdolność do pracy:</b>	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

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

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB MOCODAWCY

Aktywność zawodowa:

- nie dotyczy  
 osoba nieaktywna zawodowo  
 osoba poszukująca pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)  
 Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):  
 osoba zatrudniona

### WNIOSKODAWCA LUB MOCODAWCA JEST ABSOLWENTEM

Nie dotyczy

Rodzaj placówki:	Data zakończenia:
<input type="checkbox"/> Szkoła przysposabiająca do pracy	
<input type="checkbox"/> Szkoła podstawowa	
<input type="checkbox"/> Zasadnicza Szkoła Zawodowa lub branżowa I stopnia	
<input type="checkbox"/> Technikum lub szkoła branżowa II stopnia	
<input type="checkbox"/> Liceum	
<input type="checkbox"/> Szkoła policealna	
<input type="checkbox"/> Kolegium	
<input type="checkbox"/> Studia I stopnia	
<input type="checkbox"/> Studia II stopnia	
<input type="checkbox"/> Studia magisterskie (jednolite)	
<input type="checkbox"/> Studia podyplomowe	
<input type="checkbox"/> Studia doktoranckie	
<input type="checkbox"/> Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)	
<input type="checkbox"/> Szkoła doktorska	
<input type="checkbox"/> Uczelnia zagraniczna	
<input type="checkbox"/> Każda inna, jaka:	

### WNIOSKODAWCA LUB MOCODAWCA JEST OSOBA OPUSZCZAJĄCĄ

- Rodzinę zastępczą  
 Rodzinny dom dziecka  
 Placówkę opiekuńczo-wychowawczą  
 Warsztat terapii zajęciowej  
 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
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>	

**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, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wzrost niezależności beneficjentów oraz ułatwienie im aktywności zawodowej i społecznej poprzez zapewnienie samodzielnego mieszkania spełniającego indywidualne kryterium dostępności dla beneficjenta**

**Poprzez indywidualne kryterium dostępności należy każdorazowo rozumieć taką dostępność architektoniczną mieszkania/domu jednorodzinne, która pozwala osobie ze szczególnymi potrzebami korzystać z niego w sposób bezpieczny i maksymalnie samodzielny.**

**(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

Zadanie	Kwota dofinansowania
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>	

### **PRZEDMIOT WNIOSKU – Informacja o wynajmowanym mieszkaniu**

Pomoc jest udzielana w okresie maksymalnie do 36 miesięcy, przy czym każdorazowo po upływie 12 miesięcy dofinansowania, warunkiem udzielenia dalszej pomocy jest wykazanie zatrudnienia przez beneficjenta.

Dla każdego kolejnego okresu: I - do 12 miesięcy, II - od 13 miesięcy do 24 miesięcy, III – od 25 miesięcy do 36 miesięcy należy złożyć odrębny wniosek.

Dofinansowanie ma charakter degresywny i wynosi:

- od 1 do 12 miesiąca – 100% kosztów najmu, nie więcej jednak niż 100% miesięcznej wysokości maksymalnej kwoty dofinansowania dla danej lokalizacji wynajmowanego lokalu mieszkalnego lub domu jednorodzinne;
- od 13 do 24 miesiąca – 70% kosztów najmu, nie więcej jednak niż 70% miesięcznej wysokości maksymalnej kwoty dofinansowania dla danej lokalizacji wynajmowanego lokalu mieszkalnego lub domu jednorodzinne;
- od 25 do 36 miesiąca – 40% kosztów najmu, nie więcej jednak niż 40% miesięcznej wysokości maksymalnej kwoty dofinansowania dla danej lokalizacji wynajmowanego lokalu mieszkalnego lub domu jednorodzinne.

Wnioskowane wsparcie dotyczy kosztów wynajmu mieszkania dofinansowanego ze środków PFRON	Kwota wnioskowana
W okresie od ..... do .....	
<b>Razem:</b>	
Miesięczna, w tym planowana, kwota kosztów wynajmu mieszkania (wartość brutto w zł)	

**Czy koszty związane z eksploatacją wynajmowanego mieszkania są wymienione kwotowo w umowie najmu lub będą wymienione kwotowo w planowanej umowie najmu?**

Tak  
 Nie

Miesięczne koszty związane z eksploatacją wynajmowanego mieszkania - w części przypadającej na Wnioskodawcę (wartość brutto w zł)	
Stopień dostosowania/ planowany stopień dostosowania mieszkania do wymogów osób z niepełnosprawnością: <input type="checkbox"/> Mieszkanie w pełni/całkowicie spełnia/powinno spełniać moje oczekiwania w zakresie dostępności <input type="checkbox"/> Mieszkanie częściowo spełnia/powinno spełniać moje oczekiwania w zakresie dostępności, dając mi samodzielność w poruszaniu się w mieszkaniu i wyjście z mieszkania na zewnątrz	
Powierzchnia użytkowa / planowana powierzchnia użytkowa mieszkania: <input type="checkbox"/> do 30m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> od 31 do 50m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> od 51 do 70 m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> powyżej 70m <sup>2</sup>	
Wszyscy użytkownicy / planowani użytkownicy mieszkania: <input type="checkbox"/> Będę mieszkać samodzielnie <input type="checkbox"/> Będę mieszkać z rodziną <input type="checkbox"/> Będę mieszkać z innymi osobami	
Liczba / planowana liczba dodatkowych użytkowników mieszkania (należy wskazać wszystkie osoby poza osobą, która ma uzyskać dofinansowanie): <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	
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	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Poczta	

### 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"/> nie jestem właścicielem mieszkania ani nie przysługuje mi spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego w miejscowości realizowania aktywności zawodowej
3	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> poszukuję zatrudnienia w miejscowości, w której znajduje się mieszkanie, którego dotyczy wniosek o wsparcie <input type="checkbox"/> podjęłam/podjąłem zatrudnienie w miejscowości, w której znajduje się mieszkanie, którego dotyczy wniosek o wsparcie.
4	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.
5	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.
6.	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> przyjmuję do wiadomości i stosowania, że mieszkanie nie może być wynajmowane od osób spokrewnionych.

#### 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. 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

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

## UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik