

Data wpływu:

Nr sprawy:



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

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

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

#### ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola           | Wartość                                                       |
|----------------------|---------------------------------------------------------------|
| 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    | Wartość |
|---------------|---------|
| Województwo:  |         |
| Powiat:       |         |
| Gmina:        |         |
| Miejscowość:  |         |
| Ulica:        |         |
| Nr domu:      |         |
| Nr lokalu:    |         |
| Kod pocztowy: |         |
| Poczta:       |         |

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

| Nazwa pola      | Wartość                                                             |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| Imię:           |                                                                     |
| Drugie imię:    |                                                                     |
| Nazwisko:       |                                                                     |
| PESEL:          |                                                                     |
| Data urodzenia: |                                                                     |
| Płeć:           | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> 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: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

| Nazwa pola                                                                  | Wartość                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Stopień niepełnosprawności:</b>                                          | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>                  | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Numer orzeczenia:</b>                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>                                                    | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Niezdolność:</b>                                                         | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>                                           | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne<br><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><br><br><b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><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                                       | Wartość |
|--------------------------------------------------|---------|
| Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania: |         |
| Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):    |         |
| Słownie:                                         |         |

|                                                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>                 |  |
| <b>Słownie:</b>                                                             |  |
| <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>                                   |  |

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

| Nazwa pola                                                                             | Wartość |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <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                                 | Wartość |
|--------------------------------------------|---------|
| <b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b> |         |
| <b>Adres właściciela konta:</b>            |         |
| <b>Nazwa banku:</b>                        |         |
| <b>Nr rachunku bankowego:</b>              |         |

- ☐ W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
- ☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### INFORMACJA

Realizator nie dopuszcza wypłaty dofinansowania w kasie.

- ☐ 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?

**Upředzony/upředzona 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 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.

**Zapoznałem/am się z zasadami realizacji wnioskowanego zadania.**

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,

Wniosek - Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier architektonicznych

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.

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik                                                                                                                                                                                  |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Kserokopia aktualnego, uprawomocnionego orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności                                                                                |
| 2.  | Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju i przyczynie niepełnosprawności według wzoru - załącznik nr 2                                                      |
| 3.  | Obowiązek informacyjny według załącznika nr 1                                                                                                                                         |
| 4.  | Projekt i kosztorys wstępny wnioskowanego zadania według wzoru – załącznik nr 3                                                                                                       |
| 5.  | Dokument stwierdzający własność lub użyczenie wieczyste nieruchomości (np. akt notarialny, wypis z rejestru gruntów)                                                                  |
| 6.  | Oświadczenie – zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkuje wnioskodawca, na likwidację barier architektonicznych, według wzoru - załącznik nr 4     |
| 7.  | W przypadku lokali spółdzielczych, komunalnych lub stanowiących własność prywatną (np. kamienica) – pisemna zgoda właściciela wraz z kserokopia umowy najmu lub przydziału mieszkania |
| 8.  | W przypadku ubezwłasnowolnienia wnioskodawcy, kserokopia zaświadczenia sądowego ustanawiającego opiekuna prawnego                                                                     |
| 9.  | W przypadku Pełnomocnictwa Notarialnego – kserokopia dokumentu                                                                                                                        |
| 10. | Dokumentacja fotograficzna w formie papierowej, pokazująca aktualny i rzeczywisty stan istniejących barier w miejscu zamieszkania wnioskodawcy                                        |
| 11. | Pełnomocnictwo zwykłe                                                                                                                                                                 |

Wniosek wraz z załącznikami  
przyjęłam/em

Potwierdzam kompletność wniosku

.....  
data, pieczętka i podpis pracownika DRON

.....  
data, pieczętka i podpis pracownika DRON

.....  
m.p.

## OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO) informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowie Wielkopolskim z siedzibą w: 63-400 Ostrow Wielkopolski, al. Słowackiego 1 c, tel.: (62) 735 51 52, fax.: (62) 735 02 05, [e-mail: sekretariat@pcprostrow.pl](mailto:sekretariat@pcprostrow.pl), [www.pcpr.powiat-ostrowski.pl](http://www.pcpr.powiat-ostrowski.pl).

Administratorem Państwa danych osobowych przetwarzanych w systemie informatycznym (SOW) jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, 00-828 Warszawa, Aleja Jana Pawła II, tel.: (22) 50 55 500, [e-mail: sow@pfron.org.pl](mailto:sow@pfron.org.pl).

2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowie Wielkopolskim, tel.: (62) 735 51 52, fax.: (62) 735 02 05 [e-mail: sekretariat@pcprostrow.pl](mailto:sekretariat@pcprostrow.pl).
3. Cel przetwarzania danych osobowych:
  - dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w celu realizacji, na rzecz osób niepełnosprawnych, obowiązków Administratora Danych w związku z załatwianą sprawą, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) i b) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) rozporządzenia RODO, co oznacza, że przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
  - w celach archiwalnych.
4. Dane osobowe będą usuwane w terminach wskazanych w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych lub innych przepisach prawa, regulujących czas przetwarzania danych, którym podlega Administrator Danych.
5. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym je na zlecenie Administratora Danych (np.: podmiotom serwisującym systemy informatyczne i aplikacje, w których przetwarzane są dane osobowe), instytucjom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązującego prawa (np.: organom administracji, sądom,) oraz innym podmiotom, w zakresie, w jakim są one uprawnione do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, co oznacza, że nie ma Pani/Pan ani ustawowego ani umownego obowiązku podania tych danych. Jednakże w sytuacji, gdy nie podadzą nam Państwo tych danych, realizacja zadania nie będzie możliwa.
7. Osoba, której dane są przetwarzane, w granicach określonych Rozporządzeniem RODO, ma prawo do:
  - ) żądania od Administratora Danych dostępu do swoich danych osobowych,
  - ) sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, a także przenoszenia danych,
  - ) wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....  
data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Ostrowie Wielkopolskim

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....PESEL.....

Rodzaj i przyczyna niepełnosprawności:

.....  
.....

W związku z powyższym oraz w związku z ubieganiem się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych/technicznych\* zaświadczam, iż ww. osoba posiada trudności w poruszaniu się.

.....  
pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* właściwe podkreślić

**KOSZTORYS OFERTOWY DOTYCZĄCY LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH**

dla .....

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

| Rodzaj prac, materiały i urządzenia        | Wpisać TAK /NIE | Ilość sztuk lub m2 | Cena brutto | Uwagi |
|--------------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------|-------|
| Kabina natryskowa                          |                 |                    |             |       |
| Szyba prysznicowa                          |                 |                    |             |       |
| Wybudowanie boksu kąpielowego (materiały)  |                 |                    |             |       |
| Zasłonka z drążkiem                        |                 |                    |             |       |
| Brodzik                                    |                 |                    |             |       |
| Odpływ liniowy                             |                 |                    |             |       |
| Bateria natryskowa                         |                 |                    |             |       |
| Umywalka                                   |                 |                    |             |       |
| Bateria umywalkowa                         |                 |                    |             |       |
| WC kompakt                                 |                 |                    |             |       |
| WC z zabudową (stelażem)                   |                 |                    |             |       |
| Siedzisko mocowane do ściany               |                 |                    |             |       |
| Uchwyt stały                               |                 |                    |             |       |
| Uchwyt uchylny                             |                 |                    |             |       |
| Płytki ścienne w obrębie kabiny (max 4m2)  |                 |                    |             |       |
| Płytki antypoślizgowe z atestem w łazience |                 |                    |             |       |
| Płytki antypoślizgowe z atestem w WC       |                 |                    |             |       |
| Drzwi o szerokości min. 80 cm              |                 |                    |             |       |
| Materiały pomocnicze                       |                 |                    |             |       |

Wniosek - Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier architektonicznych

|                                                     |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------|--|--|--|--|
| Robocizna                                           |  |  |  |  |
| Wanna z drzwiami                                    |  |  |  |  |
| Likwidacja progów,<br>wyrównanie poziomu<br>podłogi |  |  |  |  |
| Panele podłogowe<br>antypoślizgowe                  |  |  |  |  |
| Podjazd                                             |  |  |  |  |
| Inne, jakie?:                                       |  |  |  |  |

.....

(data i podpis)

Ostrów Wielkopolski, dnia.....

**Oświadczenie**  
**w sprawie wyrażenia zgody Właściciela/Współwłaściciela budynku na**  
**przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych w miejscu**  
**zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

Ja.....(imię i nazwisko właściciela/współwłaściciela) niżej podpisana/y,  
jako właściciel/współwłaściciel\* budynku/lokalu .....(adres  
budynku/lokalu), w którym stale zamieszkuje osoba niepełnosprawna wyrażam zgodę na przeprowadzenie  
likwidacji barier architektonicznych dla osoby niepełnosprawnej.....(imię  
i nazwisko osoby niepełnosprawnej).

.....  
( podpis osoby wyrażającej zgodę)

\* właściwe podkreślić

**PEŁNOMOCNICTWO**

**Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa:**

Imię/imiiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

**Oświadczenie o udzieleniu pełnomocnictwa:**

Niniejszym udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu:

Imię/imiiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

Pełnomocnictwo obejmuje upoważnienie do dokonywania na rzecz mocodawcy wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW/w formie papierowej, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW/ w formie papierowej, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie. Dla realizacji ww. celów stanowiących przedmiot pełnomocnictwa, niniejsze pełnomocnictwo upoważnia do posługiwania się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału niniejszego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Pełnomocnictwa udziela się na czas niezbędny do realizacji wszystkich ww. czynności związanych ze złożonym w systemie SOW/w formie papierowej wnioskiem o dofinansowanie. Pełnomocnictwo może być odwołane przez mocodawcę w każdym czasie.

Potwierdzam prawdziwość i aktualność danych zawartych w niniejszym pełnomocnictwie. Zmiana treści pełnomocnictwa wymaga wprowadzenia do systemu SOW/złożenia w formie papierowej nowego dokumentu pełnomocnictwa, za wyjątkiem zmian danych adresowo-kontaktowych pełnomocnika, o których pełnomocnik poinformuje za pośrednictwem systemu SOW/w formie papierowej.

.....

data

.....

czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa