

Numer sprawy PCPR.ON.4244. .2026

Data wpływu wniosku do PCPR w Lubartowie

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych.

### I Dane dotyczące Wnioskodawcy ( osoby niepełnosprawnej)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

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

nr telefonu.....Adres e-mail.....

Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku, gdy adres do korespondencji jest inny niż zamieszkania)

### II Stopień niepełnosprawności \*

1.	znaczny	<input type="checkbox"/>
	inwalidzi I grupy	<input type="checkbox"/>
	osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/>
	osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	<input type="checkbox"/>
	dziecko do lat 16 z orzeczoną niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/>
2.	umiarkowany	<input type="checkbox"/>
	inwalidzi II grupy	<input type="checkbox"/>
	osoby całkowicie niezdolne do pracy	<input type="checkbox"/>
3.	lekki	<input type="checkbox"/>
	inwalidzi III grupy	<input type="checkbox"/>
	osoby częściowo niezdolne do pracy	<input type="checkbox"/>
	osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym nie przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	<input type="checkbox"/>
<b>Ważność dokumentu</b> <input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo do dnia.....		
<b>Numer orzeczenia</b> .....		

### III Rodzaj niepełnosprawności\*

01-U – upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/>
02-P – choroby psychiczne	<input type="checkbox"/>
03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/>
osoba głucha	<input type="checkbox"/>
osoba głuchoniema	<input type="checkbox"/>
04-O – choroby narządu wzroku	<input type="checkbox"/>
osoba niewidoma	<input type="checkbox"/>
osoba głuchoniewidoma	<input type="checkbox"/>
05-R – upośledzenie narządu ruchu	<input type="checkbox"/>
osoba porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/>
06-E – epilepsja	<input type="checkbox"/>
07-S – choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/>
08-T – choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/>
09-M – choroby układu moczowo-płciowego	<input type="checkbox"/>
10-N – choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/>
11-I – inne w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	<input type="checkbox"/>
12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe	<input type="checkbox"/>

### IV Sytuacja zawodowa\*

1. zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/>
2. osoba w wieku od 18 do 24 lat ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	<input type="checkbox"/>
3. bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy	<input type="checkbox"/>
4. rencista, emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	<input type="checkbox"/>
5. dzieci i młodzież do lat 18	<input type="checkbox"/>
6. inne.....	<input type="checkbox"/>

### V Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Pokrewieństwo	Niepełnosprawność			
	stopień	rodzaj	numer orzeczenia	data ważności
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

## VI Korzystanie ze środków finansowych PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków finansowych PFRON*			
<input type="checkbox"/> tak		<input type="checkbox"/> nie	
Cel dofinansowania	Numer i data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

\* wstawić X we właściwej rubryce

## VII Cel dofinansowania i uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## VIII Przewidywany koszt realizacji zadania:

.....

## IX Wysokość wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

.....zł (słownie:.....).

## X Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:

.....

.....

.....

.....

## XI Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier technicznych

.....

.....

.....

.....

## XII Miejsce realizacji zadania:

.....

**XIII 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:**

.....

**XIV Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji:**

.....

**XV Inne źródła finansowania zadania:**

.....

**XVI Nazwa banku i nr rachunku bankowego:**

Imię i Nazwisko:.....

Nazwa Banku: .....

Nr Rachunku: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Upředzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

.....

*Data*

.....

*Czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela  
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika*

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię i nazwisko.....

Drugie imię.....

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

Adres zamieszkania.....

Nr telefonu..... Adres e-mail.....

ustanowiony przedstawicielem\*/opiekunem\*/pełnomocnikiem\*

postanowieniem Sądu Rejonowego.....

z dn.....sygn. Akt\*.....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*.....

z dn.....repet. nr.....

\*właściwe zaznaczyć

## Załączniki do wniosku

Nazwa załącznika
Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu)
Klauzula informacyjna – na ustalonym druku
Aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza specjalisty wypełnione w całości przez lekarza, czytelnie i w języku polskim, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności – na ustalonym druku (ważne 6 m-c od daty wystawienia)
Oświadczenie wnioskodawcy – na ustalonym druku
Oświadczenie o stałym miejscu zamieszkania – na ustalonym druku
W przypadku, gdy Wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio uwierzytelnione pełnomocnictwo lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (do wniosku należy dołączyć kserokopię – oryginał do wglądu)

# O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany/a

.....

zam.....

nr PESEL.....

uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, co następuje:

1. Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł: .....  
Słownie:.....

2. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu lub wykonania usługi w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej.

3. Sprzęt, o który ubiegam się będzie stale użytkowany dla moich potrzeb, jako osoby niepełnosprawnej pod wyżej wymienionym adresem.

4. Nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

5. W ciągu 3 lat przed złożeniem tego wniosku nie uzyskałem/am dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier, o których mowa w niniejszym wniosku.

6. Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

7. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

8. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....

*Data*

.....

*Czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela  
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika*

## Oświadczenie o stałym miejscu zamieszkania

Ja, niżej podpisana(y):.....

imię i nazwisko

nr PESEL.....

oświadczam, że mieszkam pod adresem:

miejsowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

nr kodu.....-.....poczta.....gmina.....

powiat.....

Oświadczam, że

uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy potwierdzam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela  
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika*

\*Miejsce zamieszkania-należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu Cywilnego (art.25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

**Klauzula informacyjna  
dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Informujemy, że przetwarzanie Państwa danych osobowych odbywa się na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 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).

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie, reprezentowane przez Dyrektora PCPR (dalej Administrator danych) z siedzibą przy ul. Szaniawskiego 64, 21- 00 Lubartów, NIP 714-16-83-447 REGON 431030059.
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych (IOD), można się z nim kontaktować poprzez e-mail: [iod@pcprlubartow.pl](mailto:iod@pcprlubartow.pl) lub telefonicznie 81854 33 29.
3. Pani /Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.  
W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, Pani/Pana dane osobowe zawarte we wniosku i załącznikach do niego będą przetwarzane w celu udzielenia dofinansowania, zawarcia umowy oraz w celu archiwalnym.  
W przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku, Pani/Pana dane osobowe zawarte we wniosku i załącznikach do niego będą przetwarzane w celu archiwalnym.  
Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie zawartych we wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON i załącznikach do wniosku lub umowie stanowi art. 6 ust. 1 lit. b) i lit. c) RODO.
4. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także wniesienia sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych jak również do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania skutkuje brakiem możliwości realizacji zadań placówki oraz podjęcia czynności w celu rozpatrzenia sprawy.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby upoważnione przez Administratora danych do przetwarzania danych osobowych, na podstawie upoważnienia lub umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, podmioty informatyczne i księgowo oraz podmioty uprawnione do tego przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu realizacji celu wskazanego w pkt 3, a następnie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności ze względu na cele archiwalne.
8. Pani/Pana dane nie będą podlegać automatycznym sposobom przetwarzania danych.
9. Administrator danych nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych poza obszar Unii Europejskiej.

*Przyjmuję powyższe do wiadomości oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych.*

.....  
(data)

.....  
*czytelny podpis wnioskodawcy, opiekuna prawnego,  
pełnomocnika, przedstawiciela ustawowego*

Proszę wypełnić w języku polskim  
**Zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności**  
Dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

**Rozpoznanie** (w języku polskim).....

.....

.....

**Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu**.....

**Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności, choroby współistniejące, rokowania**

.....

.....

.....

**Sprawność kończyn górnych:**

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

**kończyn dolnych:**

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

**Trudności w poruszaniu się:**

- porusza się samodzielnie
- wyłącznie z pomocą/osoba niewidoma
- z częściową pomocą/osoba niedowidząca
- na wózku inwalidzkim
- na wózku inwalidzkim w okresach zaostrzenia dolegliwości
- osoba leżąca

**Zdolność zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych**

- wymaga całkowitej obsługi i pielęgnacji opiekuna
- z pomocą opiekuna
- samodzielnie

**Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze**

.....

.....

**Osoba wymaga likwidacji barier technicznych\***

- NIE**
- TAK**

**Uzasadnienie:**

.....

.....

.....

.....

*data*

.....

*pieczęć i podpis lekarza specjalisty*

\* Bariery techniczne są to bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne. Likwidacja tej bariery powinna spowodować sprawniejsze działanie tej osoby w społeczeństwie i umożliwić jej funkcjonowanie w życiu codziennym.