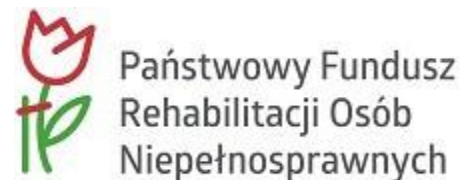


Data wpływu:

Nr sprawy:



## WNIOSEK

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

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

##### ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> We własnym imieniu <input type="checkbox"/> Jako rodzic <input type="checkbox"/> Jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

**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:	

<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<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 <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <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"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 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 – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny 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 <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

<p><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></p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p><b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny</p>

### 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
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
Słownie:	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<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
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

**OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA**

Nazwa pola	Wartość
Budynek:	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
Ilość pięter:	<input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> piętrowy, <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?):
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	
Liczba pokoi:	<input type="checkbox"/> + kuchnia, <input type="checkbox"/> + łazienka, <input type="checkbox"/> + wc
Łazienka jest wyposażona w:	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> brodzik, <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową, <input type="checkbox"/> umywalkę
W mieszkaniu jest:	<input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej, <input type="checkbox"/> ciepłej, <input type="checkbox"/> kanalizacja, <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie, <input type="checkbox"/> prąd, <input type="checkbox"/> gaz
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:	

## SYTUACJA ZAWODOWA

- 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?

## OŚWIADCZENIE

1. Uprzedzony/uprzedzona 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.**
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. 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.
4. Nie ubiegam, nie ubiegałem/ubiegałam się o dofinansowanie ze środków PFRON na cel, którego dotyczy niniejszy wniosek za pośrednictwem innego samorządu powiatowego.
5. Oświadczam, że posiadam własne środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, na zakup przedmiotu dofinansowania będącego przedmiotem umowy.

### KLAUZULA INFORMACYJNA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W ZAKOPANEM

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest udzielona dobrowolnie na podstawie art. 6 ust. 1 lit c) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) 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, dalej RODO).

**Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5 - moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, nr PESEL, daty urodzenia, płci, adresu zamieszkania, numeru telefonu, adresu e-mail, informacji zdrowotnych dotyczących mojej niepełnosprawności, danych rachunku bankowego oraz danych dotyczących dochodów finansowych.**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych są:
  - a) PFRON z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych powołanego w PFRON – [iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl),
  - b) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane, reprezentowane przez Dyrektora Renatę Zielińską,
  - c) Centrum Usług Wspólnych w Zakopanem przy ul. Chramcówki 15, 34-500 Zakopane.
2. **W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem został powołany Inspektor Ochrony Danych z którym można kontaktować się telefonicznie: 799 186 893 oraz mailowo: [randal999@wp.pl](mailto:randal999@wp.pl).**
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań urzędu z zakresu rehabilitacji społecznej.
4. W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
  - dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązane jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem;
  - sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
  - ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO.



5. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
6. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.
8. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne i niezbędne do założenia konta w Systemie SOW. Odmowa podania ww. danych uniemożliwi złożenie wniosku i jego rozpatrzenie.

**Potwierdzam iż zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 w/w Rozporządzenia i przyjąłem/am do wiadomości.**

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne
2.	Pełnomocnictwo notarialne, kuratela w przypadku występowania w imieniu osoby z niepełnosprawnością
3.	Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza specjalistę
4.	Wykaz planowanych przedsięwzięć (zakupów, prac, robót budowlanych) w celu likwidacji barier architektonicznych, oferta cenowa, faktura pro forma
5.	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych osoby udostępniającej rachunek bankowy
6.	Oświadczenie o terminie rozpatrzenia wniosku
7.	Pisemna zgoda właściciela/właścicieli budynku/lokalu lub zgoda spółdzielni mieszkaniowej na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie
8.	Aktualny wyciąg ksiąg wieczystych lub numer księgi elektronicznej
9.	Szkic pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych, z podaniem ich wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier architektonicznych: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

....., dnia .....

(miejscowość)

.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(ulica i nr domu)

.....  
(kod pocztowy, miejscowość)

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), iż mój wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON w zadaniu p.n. „Dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych”, tj. dofinansowanie do przystosowania łazienki/ podjazdu/inne:

.....  
.....  
zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na 2024 rok oraz po ich podziale przez Radę Powiatu Tatrzańskiego w terminie do dnia:  
**30 czerwca 2024 r.**

.....  
(podpis Wnioskodawcy/Pelnomocnika/Opiekuna Prawnego)

Załącznik nr 4 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

**Wykaz planowanych przedsięwzięć (zakupów, prac, robót budowlanych) w celu likwidacji barier architektonicznych i przewidywany koszt zakupów, prac, robót budowlanych związanych z realizacją zadania.**

Lp.	Zakres prac związanych z likwidacją barier architektonicznych (zakup i montaż)	Wniosko- wane prace **	Wniosko- wana ilość (w sztukach, w metrach)	Kwota
1	Dostosowanie łazienki do potrzeb osoby niepełnosprawnej, w tym:			
a	wymiana wanny / wysokiego brodzika na wolną przestrzeń kąpielową z profilowaną powierzchnią najazdową zapewniającą przestrzeń manewrową z armaturą prysznicową, z odpływem liniowym – zakup			
b	zakup wspornika kotary z kotarą* lub przesklonych składanych drzwi*			
c	zakup siedziska prysznicowego *, lub zakup krzeselka pod prysznic*			
d	zakup uchwytów do łazienki i WC (maksymalnie 3 sztuki)			
e	zakup miski ustępowej podwieszanej dostosowanej do potrzeb osoby niepełnosprawnej			
f	zakup umywalki wraz z baterią umywalkową (pod umywalką obowiązuje wolna przestrzeń)			
g	zakup i ułożenie okładziny ściiennej z płytek ceramicznych (nie dekoracyjnych)			
h	zakup, przygotowanie podłoża oraz ułożenie posadzki z materiałów antypoślizgowych w łazience (klasa ścieralności min. R9)			
i	poszerzenie otworu drzwiowego oraz zakup drzwi do łazienki o szerokości <b>90cm</b> w świetle ościeżnicy			
j	Inne, jakie:			

2	Budowa pochylni dla osób niepełnosprawnych ruchowo umożliwiającej samodzielne poruszanie się - zakup i montaż			
3	Wyrównanie dojścia do budynku zapewniającego osobie niepełnosprawnej dostęp do lokalu mieszkalnego			
4	Zakup i montaż oporęczowania w otoczeniu budynku mieszkalnego np.: poręcze przyścienne*, poręcze wolnostojące*, uchwyty ścienne*			
5	Zakup podnośnika*, platformy schodowej*, windy przyściennej* lub innego urządzenia do transportu pionowego*			
6	Inne, jakie:			
<b>Razem przewidywany koszt realizacji zadania (100%)</b>				

\* niepotrzebne skreślić

\*\*zaznaczyć X przy wnioskowanych pracach

Załącznik nr 5 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

**KLAUZULA INFORMACYJNA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE  
W ZAKOPANEM DLA OSOBY UDOSTĘPNIAJĄCEJ RACHUNEK BANKOWY**

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest udzielona dobrowolnie na podstawie art. 6 ust. 1 lit c) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) 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, dalej RODO).

**Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5 moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska oraz danych rachunku bankowego.**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych są:
  - a) PFRON z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych powołanego w PFRON – [iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl),
  - b) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane, reprezentowane przez Dyrektora Renatę Zielińską,
  - c) Centrum Usług Wspólnych w Zakopanem przy ul. Chramcówki 15, 34-500 Zakopane.
2. **W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem został powołany Inspektor Ochrony Danych z którym można kontaktować się telefonicznie: 799 186 893 oraz mailowo: randal999@wp.pl.**
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań urzędu z zakresu rehabilitacji społecznej.
4. W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do:
  - dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązane jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem;
  - sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
  - ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO.
5. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
6. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.
8. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Potwierdzam iż zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 w/w Rozporządzenia i przyjąłem/am do wiadomości.

Data: .....

.....  
(podpis właściciela rachunku bankowego)

Załącznik nr 3 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

.....  
*miejsce na pieczętę zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego, rehabilitanta*

.....  
*(miejscowość, data)*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb PCPR w Zakopanem dot. likwidacji barier architektonicznych  
**(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)**

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością: .....

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

Adres zamieszkania: .....

Rodzaj schorzenia\*:

**upośledzenie umysłowe**

**układ oddechowy i układ krążenia**

**choroby psychiczne**

**układ pokarmowy**

**zaburzenia mowy, słuchu**

**układ moczowo-płciowy**

**narząd wzroku**

**choroby neurologiczne**

**narząd ruchu**

**inne .....**

**epilepsja**

**zaburzenia całościowe**

1. Zalecany przedmiot dofinansowania: .....

2. Rodzaj niepełnosprawności ruchowej\*:

Pacjent leżący nie będący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim, nawet przy pomocy osób trzecich

Pacjent poruszający się na wózku inwalidzkim

Pacjent poruszający się przy pomocy balkonika, trójnogu lub kul łokciowych

Pacjent posiadający protezy kończyn dolnych

Pacjenta niedowidzący lub niewidomy

Inne schorzenia Pacjenta, które w swoich skutkach powodują znaczne ograniczenia w poruszaniu się oraz w przemieszczaniu się: .....

.....  
3. Uzasadnienie potrzeby wynikającej z niepełnosprawności stosowania wskazanego we

wniosku przedmiotu dofinansowania: .....

.....

.....

\* - **właściwe zaznaczyć**

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)