

## **W N I O S E K**

### **o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji **barier architektonicznych****

#### **1. Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy)**

|                                                             |
|-------------------------------------------------------------|
| Nazwisko..... Imię ..... PESEL .....                        |
| <b>Adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej:</b>           |
| Miejscowość..... Kod pocztowy ..... Ulica .....Nr domu..... |
| Nr telefonu kontaktowego .....                              |
| Numer rachunku bankowego.....                               |
| Nazwa banku .....                                           |

#### **2. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego) / opiekuna prawnego / pełnomocnika\***

|                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy, <input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy, <input type="checkbox"/> opiekun prawny, <input type="checkbox"/> pełnomocnik |
| Nazwisko..... Imię ..... PESEL .....                                                                                                                                  |
| <b>Adres zamieszkania:</b>                                                                                                                                            |
| Miejscowość..... Kod pocztowy ..... Ulica ..... Nr domu.....                                                                                                          |
| Nr telefonu kontaktowego .....                                                                                                                                        |
| Numer rachunku bankowego.....                                                                                                                                         |
| Nazwa banku .....                                                                                                                                                     |

\* właściwe zaznaczyć

#### **3. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności\***

|                                          |                                                                                                                                             |                                             |                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stopień znaczny | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka | <input type="checkbox"/> stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym wydana przed dniem 1 stycznia 1998r. (dla osób, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny) |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                        |                                                         |                                               |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stopień umiarkowany                                           | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka  | -                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> stopień lekki                                                 | <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka | <input type="checkbox"/> stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym wydana przed dniem 1 stycznia 1998r. |
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (dla dzieci do 16 roku życia) |                                                         |                                               |                                                                                                                                  |

\* właściwe zaznaczyć

#### 4. Rodzaj niepełnosprawności\*

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                   |                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu, w zakresie:        | <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej                         |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej                         |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> innym (wymienić).....                                                                                                                                                    |                                                                         |
| Wnioskodawca (osoba niepełnosprawna) porusza się:                     | za pomocą: <input type="checkbox"/> wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> kuli/kul łokciowych<br><input type="checkbox"/> balkonika/podpórki <input type="checkbox"/> inne (wymienić)..... |                                                                         |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> osoba leżąca                                                                                                                       |                                                                         |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku:                   | <input type="checkbox"/> osoba niewidoma                                                                                                                                                          |                                                                         |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca                                                                                                                                                       |                                                                         |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> inne (wymienić).....                                                                                                                                                     |                                                                         |
| <b>Inny rodzaj niepełnosprawności*</b>                                |                                                                                                                                                                                                   |                                                                         |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe (01-U)                 | <input type="checkbox"/> choroby psychiczne (02-P)                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu (03-L) |
| <input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia (07-S) |                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> epilepsja (06-E)                               |
| <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego (08-T)            |                                                                                                                                                                                                   |                                                                         |
| <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego (09-M)      | <input type="checkbox"/> inne (11-I)                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe (12-C)         |

\* właściwe zaznaczyć

#### 5. Informacja o realizacji przez Wnioskodawcę zobowiązań wobec PFRON

|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Czy Wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON*<br><br><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                                                                                                                               | Jeżeli <b>tak</b> to proszę podać rodzaj i wysokość zaległości<br>.....zł |
|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |
| Czy Wnioskodawca był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy*<br><br><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |                                                                           |

\* właściwe zaznaczyć

**6. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 5 lat poprzedzających rok złożenia wniosku**

| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON* |                                  |                         | [ ] tak<br>(Jeżeli <b>tak</b> to należy wypełnić poniżej) | [ ] nie                             |
|----------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Numer i data zawarcia umowy                  | Kwota przyznanego dofinansowania | Cel                     | Termin rozliczenia                                        | Stan rozliczenia (kwota rozliczona) |
|                                              |                                  |                         |                                                           |                                     |
|                                              |                                  |                         |                                                           |                                     |
|                                              |                                  |                         |                                                           |                                     |
|                                              |                                  |                         |                                                           |                                     |
|                                              |                                  |                         |                                                           |                                     |
| Razem kwota:                                 |                                  | Razem kwota rozliczona: |                                                           |                                     |

\* właściwe zaznaczyć

**7. Sytuacja mieszkaniowa**

| Opis budynku, mieszkania*                                                                    |                              |                                                       |                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|
| dom wolnostojący                                                                             | wielorodzinny:               | [ ] inny budynek                                      | przybliżony rok budowy (podać)      |  |
|                                                                                              | - prywatny [ ]tak [ ]nie     | (podać).....                                          | .....                               |  |
| [ ]tak [ ]nie                                                                                | - komunalny [ ]tak [ ]nie    | budynek parterowy                                     | mieszkanie znajduje się na:         |  |
|                                                                                              | - spółdzielczy [ ]tak [ ]nie | [ ]tak [ ]nie                                         | [ ]parterze                         |  |
|                                                                                              |                              |                                                       | [ ]piętrze (podać kondygnację)..... |  |
| liczba pokoi (podać).....                                                                    | kuchnia                      | łazienka                                              | osobna toaleta                      |  |
|                                                                                              | [ ]tak [ ]nie                | [ ]tak [ ]nie                                         | [ ]tak [ ]nie                       |  |
| łazienka wyposażona jest w:                                                                  | instalacja wody:             | paliwo wykorzystywane do ogrzewania mieszkania, domu: |                                     |  |
| - kabinę prysznicową [ ]tak [ ]nie                                                           | - zimnej [ ]tak [ ]nie       | - węgiel/drzewo [ ]tak [ ]nie                         |                                     |  |
| - wannę [ ]tak [ ]nie                                                                        | - ciepłej [ ]tak [ ]nie      | - zewnętrzny dostawca energii [ ]tak [ ]nie           |                                     |  |
| - umywalkę [ ]tak [ ]nie                                                                     |                              | - inne (wymienić) .....                               |                                     |  |
| - sedes [ ]tak [ ]nie                                                                        |                              | - brak ogrzewania [ ]tak [ ]nie                       |                                     |  |
| - inne (wymienić) .....                                                                      |                              |                                                       |                                     |  |
| Inne informacje o warunkach mieszkaniowych                                                   |                              |                                                       |                                     |  |
| .....                                                                                        |                              |                                                       |                                     |  |
| .....                                                                                        |                              |                                                       |                                     |  |
| Warunki mieszkaniowe w ocenie Wnioskodawcy: [ ]złe, [ ]przeciętne, [ ]dobre, [ ]bardzo dobre |                              |                                                       |                                     |  |
| Wnioskodawca zamieszkuje: [ ]z rodziną [ ]osobami niespokrewnionymi [ ]samotnie              |                              |                                                       |                                     |  |

\* wypełnić wszystkie rubryki

## 8. Przedmiot dofinansowania

Wykaz planowanych przedsięwzięć, zakupów w celu likwidacji barier architektonicznych (w kolejności od najważniejszego dla wnioskodawcy)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 9. Cel dofinansowania

(uzasadnienia składanego wniosku w odniesieniu do niepełnosprawności)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 10. Miejsce i termin realizacji zadania

Miejsce realizacji zadania (dokładny adres)

.....

Termin rozpoczęcia zadania (nie wcześniej niż II kwartał danego roku)

.....

Przewidywalny czas realizacji zadania (nie dłużej niż do 30 listopada danego roku)

.....

## 11. Przewidywalny koszt realizacji zadania

|                                                                                                                                                                            |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1. Przewidywalny koszt realizacji zadania (100% ceny brutto)                                                                                                               | .....zł |
| 2. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia) | .....zł |
| 3. Deklarowane środki własne (minimum 5%)                                                                                                                                  | .....zł |

**12. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych na realizację zadania i innych źródłach finansowania zadania**

Czy Wnioskodawca poniósł dotychczas nakłady na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek?

[ ] tak

[ ] nie

Jeżeli „Tak” to proszę podać:

- ogólną wartość poniesionych nakładów: .....zł

- dotychczasowe źródła finansowania: .....

.....

Informacja o innych źródłach finansowania zadania – (należy udokumentować jeżeli występują inne źródła finansowania zadania, jeżeli brak to wpisać „nie dotyczy”)

.....

.....

**13. Sytuacja zawodowa\***

[ ] zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą

[ ] osoba w wieku od 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca

[ ] bezrobotny poszukujący pracy

[ ] rencista/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy

[ ] dzieci i młodzież do lat 18

[ ] inne/ jakie? .....

\* właściwe zaznaczyć

**Uwaga**

1. O dofinansowanie ze środków Funduszu zadań na likwidację barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości lub użytkownikami wieczystymi nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują.

2. Złożenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu .

3. Podstawę dofinansowania zadań ze środków Funduszu stanowi umowa.

4. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

5. We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.

Oświadczenie do Wniosku o przyznanie dofinansowanie ze środków PFRON likwidacja barier architektonicznych:

1. Świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *kodeks karny* oświadczam, że dane umieszczone we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym wniosku zgodnie z art. 4 pkt 11, art. 7 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) w zakresie:  
- numer/y telefonu.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z *KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH dla osób wnioskujących o dofinansowania i korzystających ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią* i znam przysługujące mi prawa dotyczące przetwarzania moich danych osobowych.
4. Zobowiązuje się do pisemnego poinformowania Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku w terminie 14 dni od zmiany.

.....  
data i podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego/pełnomocnika

\*Art.233 Kodeksu Karnego:

- § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
- § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

**Dokumenty wymagane do wniosku**  
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych

UWAGA Należy przedłożyć oryginały wymaganych dokumentów (do wglądu) lub prawidłowo uwierzytelnione przez organ uprawniony kopie dokumentów.

| Lp  | Do wniosku należy dołączyć:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do pracy lub częściowej niezdolności do pracy lub grupie inwalidzkiej lub stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanej przed dniem 1 stycznia 1998r. |
| 2.  | Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym – załącznik nr 1 do wniosku                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 3.  | Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia – załącznik nr 2 do wniosku                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4.  | Kalkulacja kosztów związanych z realizacją zadania - załącznik nr 3 do wniosku                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 5.  | Oświadczenie Wnioskodawcy - załącznik nr 4 do wniosku                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 6.  | Oświadczenie właściciela nieruchomości lub użytkownika wieczystego nieruchomości, lokalu, budynku mieszkalnego - załącznik nr 5 do wniosku*                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 7.  | Numer z księgi wieczystej z określeniem Sądu, w którym księga jest prowadzona (dotyczy nieruchomości / lokalu / budynku mieszkalnego, w którym planowana jest likwidacja barier architektonicznych) lub odpis z ksiąg wieczystych (wydany nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku)**                                                                                                               |
| 8.  | Umowa najmu*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 9.  | Projekt budowlany lub zgłoszenie robot budowlanych do właściwego organu, o ile jest wymagane przepisami prawa*                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 10. | Dokument potwierdzający ustanowienie opiekuna prawnego /pełnomocnika*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 11. | Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

\* jeżeli dotyczy

\*\* możliwość dostarczenia wydruku z oficjalnej strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości

**Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków  
rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym**  
(wraz z wnioskodawcą)

|                                                                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Liczba osób tworzących wspólne gospodarstwo domowe wraz z Wnioskodawcą                                                                                                |    |
| Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku na jednego członka rodziny | zł |

Świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 i §2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. *kodeks karny* (Dz.U. z 2022.1138 t.j. z późn. zm.)\* oświadczam, że powyższe dane zawarte w niniejszym załączniku do wniosku są zgodne z prawdą.

.....  
data i podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego/pełnomocnika

\*Art.233 Kodeksu Karnego:

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

.....  
oznaczenie zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią

Należy wypełnić wszystkie punkty czytelnie w języku polskim.

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej .....

PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność osoby dotyczy:

a) dysfunkcji narządu ruchu:

- dysfunkcja obu kończyn górnych [ ] tak [ ] nie

- dysfunkcja jednej kończyny górnej [ ] tak [ ] nie

- dysfunkcja obu kończyn dolnych [ ] tak [ ] nie

- dysfunkcja jednej kończyny dolnej [ ] tak [ ] nie

- brak obu kończyn górnych [ ] tak [ ] nie

- brak jednej kończyny górnej [ ] tak [ ] nie

- brak obu kończyn dolnych [ ] tak [ ] nie

- brak jednej kończyny dolnej [ ] tak [ ] nie

- inne (wymienić).....

.....

.....

b) dysfunkcji narządu wzroku:

- osoba niewidoma [ ] tak [ ] nie

- osoba niedowidząca [ ] tak [ ] nie

- inne (wymienić).....

.....

.....

c) dysfunkcji narządu słuchu i mowy:

- osoba głuchoniema [ ] tak [ ] nie

- osoba niedosłyszająca [ ] tak [ ] nie

- inne (wymienić).....

.....

d) innej dysfunkcji (wymienić) .....

.....

.....

3. Czy osoba niepełnosprawna ma trudności w poruszaniu się?

[ ] tak [ ] nie

Jeżeli **tak** to wymienić: .....

.....

.....

4. Osoba niepełnosprawna porusza się:

a) samodzielnie: [ ] tak [ ] nie

b) za pomocą/przy pomocy:

- wózka inwalidzkiego: [ ] tak [ ] nie

- kuli/kul łokciowych: [ ] tak [ ] nie

- balkonika/podpórki: [ ] tak [ ] nie

-inne

(wymienić) .....

.....

.....

c) osoba leżąca: [ ] tak [ ] nie

5. Czy osoba niepełnosprawna jest zaopatrzona w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny?

[ ] tak [ ] nie

Jeżeli **tak** to wymienić: .....

.....

ewentualne potrzeby w tym zakresie .....

.....

.....

.....

.....

.....

**data**

.....

**pieczętka i podpis lekarza**

**Kalkulacja kosztów związanych z realizacją zadania**

w związku ze złożonym wnioskiem o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych

| Lp.          | Wykaz planowanych przedsięwzięć | Jednostka miary | Ilość | Cena jednostkowa | Wartość |
|--------------|---------------------------------|-----------------|-------|------------------|---------|
| 1.           |                                 |                 |       |                  |         |
| 2.           |                                 |                 |       |                  |         |
| 3.           |                                 |                 |       |                  |         |
| 4.           |                                 |                 |       |                  |         |
| 5.           |                                 |                 |       |                  |         |
| 6.           |                                 |                 |       |                  |         |
| 7.           |                                 |                 |       |                  |         |
| 8.           |                                 |                 |       |                  |         |
| 9.           |                                 |                 |       |                  |         |
| 10.          |                                 |                 |       |                  |         |
| 11.          |                                 |                 |       |                  |         |
| 12.          |                                 |                 |       |                  |         |
| 13.          |                                 |                 |       |                  |         |
| <b>RAZEM</b> |                                 |                 |       |                  |         |

.....  
data i podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego/pełnomocnika

### **Oświadczenie Wnioskodawcy**

Ja niżej podpisana/-y ..... legitymująca/-y się

(imię i nazwisko)

dowodem osobistym nr ..... wydanym przez .....,

PESEL ..... świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 i §2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. *kodeks karny* (Dz.U. z 2022.1726 t.j. z późn. zm.)\*

oświadczam, iż

1) moim miejscem zamieszkania zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *kodeks cywilny* (Dz.U. z 2025.1071 t.j. z późn. zm.)\*\* jest:

.....  
(dokładny adres)

2) stale zamieszkuję pod adresem:

.....  
(dokładny adres)

.....  
data i podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego/pełnomocnika

\* Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. *kodeks karny*:

§ 1. „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”

§ 2. „Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”

\*\* Art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *kodeks cywilny* „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.”

**Oświadczenie właściciela  
nieruchomości /użytkownika wieczystego nieruchomości / lokalu / budynku mieszkalnego\***  
(w przypadku współwłasności każdy współwłaściciel wypełnia odrębny druk)

Ja, ..... legitymująca/-y się dowodem osobistym  
(imię i nazwisko)

nr ..... wydanym przez .....

PESEL ..... oświadczam, iż

- 1) wyrażam zgodę na wykonanie prac określonych w złożonym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych dla:

.....  
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

- 2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym Oświadczeniu zgodnie z art. 4 pkt 11, art. 7 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) dla potrzeb rozpatrywania Wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych w zakresie:

- imię i nazwisko,
- numer i seria dowodu osobistego,
- PESEL,
- numer z księgi wieczystej.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z *KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH dla osób wnioskujących o dofinansowania i korzystających ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią* i znam przysługujące mi prawa dotyczące przetwarzania moich danych osobowych.

Numer z księgi wieczystej z określeniem Sądu, w którym księga jest prowadzona (dotyczy nieruchomości /lokalu / budynku mieszkalnego, w którym planowana jest likwidacja barier architektonicznych):

.....

.....  
(data i podpis)