

ZARZĄDZENIE NR 14/2025
DYREKTORA
POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH
z dnia 30 kwietnia 2025 r.

w sprawie określenia zasad udzielania osobie niepełnosprawnej dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Na podstawie art. 35a ust. 1 pkt 7 lit. d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44 z późn.zm.¹⁾) oraz § 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926 oraz z 2019 r. poz. 1275)

Zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się zasady udzielania osobie niepełnosprawnej dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, stanowiące załącznik nr 1 do zarządzenia.

§ 2. Wzór wniosku o udzielenie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier:

- 1) architektonicznych, stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia,
- 2) w komunikowaniu się, stanowi załącznik nr 3 do zarządzenia,
- 3) technicznych, stanowi załącznik nr 4 do zarządzenia.

§ 3. Traci moc Zarządzenie nr 20/2018 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach z dnia 31 października 2018 r. w sprawie określenia zasad udzielania osobie niepełnosprawnej dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

§ 4. Wykonanie zarządzenia powierza się Kierownikowi Działu Pomocy Osobom Niepełnosprawnym Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach.

§ 5. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Dyrektor
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Kartuzach
Grzegorz Mikiciuk
/-kwalifikowany podpis elektroniczny/

Sprawdzono pod względem formalno-prawnym
/-/ Kamila Podlaska
radca prawny

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1089, 1165, 1494 i 1961.



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl, email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 14/2025 Dyrektora
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Kartuzach z dnia 30.04.2025 r.

Zasady udzielania osobie fizycznej dofinansowania na likwidację barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Przez **bariery architektoniczne** należy rozumieć wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.

Przez **bariery w komunikowaniu się** należy rozumieć ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się lub przekazywanie informacji.

Przez **bariery techniczne** należy rozumieć bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne. Likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie tej osoby w społeczeństwie i umożliwić jej funkcjonowanie w życiu codziennym.

Zasady określają:

1. Zasady dofinansowania likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „Funduszem”.
2. Warunki, jakie muszą spełniać wnioskodawcy, ubiegający się o udzielenie dofinansowania.
3. Katalog zawierający wykaz urządzeń, materiałów podstawowych, robót budowlanych lub innych czynności związanych z likwidacją barier architektonicznych.
4. Katalog zawierający wykaz urządzeń dotyczących likwidacji barier w komunikowaniu się.
5. Katalog zawierający wykaz urządzeń dotyczących likwidacji barier technicznych.
6. Zasady rozpatrywania wniosków.

I. Zasady dofinansowania likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, ze środków finansowych Funduszu.

1. Dofinansowanie na likwidację barier architektonicznych na ten sam cel w tym samym lokalu mieszkalnym wnioskodawcy może być udzielone tylko raz.
2. Umowy na realizację zadania zawiera się tylko w okresie roku budżetowego, w którym



przewidziano dofinansowanie z limitu środków finansowych przeznaczonych na likwidację barier.

3. W przypadku gdy Centrum poweźmie wątpliwości w sprawie przyznawanego dofinansowania, w szczególności co do wysokości dochodów oraz liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, powiadamia wnioskodawcę o konieczności złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenie niezbędnych dokumentów.

II. Warunki jakie musi spełniać wnioskodawca ubiegający się o udzielenie dofinansowania na likwidację barier architektonicznych.

1. Wnioskodawcą może być osoba z niepełnosprawnością, która ma trudności w poruszaniu się tj.:
 - a) nie porusza się samodzielnie,
 - b) porusza się na wózku inwalidzkim,
 - c) korzysta z przedmiotów ortopedycznych (np.: kul, balkoników, protez lub innych),
 - d) posiada dysfunkcję narządu wzroku uniemożliwiającą prawidłowe funkcjonowanie.
2. Osoba o której mowa w ust. 1 jest właścicielem nieruchomości lub użytkownikiem wieczystym nieruchomości albo posiada zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym na stałe zamieszkuje.
3. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu oraz kosztów sporządzenia kosztorysu.

III. Katalog zawierający wykaz urządzeń, materiałów podstawowych, robót budowlanych lub innych czynności związanych z likwidacją barier architektonicznych.

1. Dla osób dorosłych oraz dzieci, które nie poruszają się samodzielnie, poruszają się na wózku inwalidzkim, korzystają z przedmiotów ortopedycznych (np.: kul, balkoników, protez lub innych) dofinansowaniem ze środków Funduszu może być objęty zakres likwidacji barier architektonicznych, w szczególności:
 - 1) budowa pochylni i dojścia do budynku mieszkalnego, zapewniającego osobie, z niepełnosprawnością samodzielny dostęp do lokalu (o nachyleniu 6-8%),
 - 2) zakup i montaż:
 - a) podnośnika sufitowego,
 - b) platformy schodowej
 - c) transportera schodowego,
 - d) windy przyściennej,
 - e) urządzeń do transportu pionowego (np. windy pionowej do pierwszego piętra budynku mieszkalnego),



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl, email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

-
- f) poręczy i uchwyty w ciągach komunikacyjnych oraz uchwyty ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych,
- 3) roboty polegające na:
- a) likwidacji progów,
 - b) likwidacji zróżnicowania poziomu podłóg,
- 4) przystosowanie drzwi:
- a) zakup i montaż drzwi wejściowych o szerokości w świetle ościeżnicy co najmniej 90 cm,
 - b) zakup i montaż drzwi przesuwanych (bez progu, z prowadnicą schowaną w podłodze),
 - c) zakup i montaż systemu otwierania drzwi (w tym balkonowych) przyciskiem dla wnioskodawców o niesprawnymi obiema rękami,
 - d) zakup i montaż zabezpieczenia drzwi (do wysokości 40 cm od podłogi) przed uszkodzeniami mechanicznymi i zainstalowanie ościeżnicy stalowej wyłącznie wnioskodawcy poruszającym się na wózku inwalidzkim,
 - e) zakup i montaż okuć do drzwi balkonowych i okien, umożliwiających ich samodzielną obsługę przez osobę niepełnosprawną poruszającą się na wózku inwalidzkim, gdy montaż okuć ze względu na stan techniczny okien i drzwi balkonowych jest możliwy (w kuchni i jednym pokoju, wybranym przez wnioskodawcę),
 - f) zakup i wymiana okien i drzwi balkonowych w przypadkach, o których mowa wyżej, gdy montaż okuć nie jest możliwy,
 - g) zakup i zainstalowanie systemu automatycznego otwierania drzwi garażowych oraz bramy wjazdowej dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim, posiadającej i prowadzącej samodzielnie samochód oraz prowadzącego działalność gospodarczą lub zatrudnionej na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony, dla osoby z niepełnosprawnością w wieku aktywności zawodowej.
- 5) budowa przyłączy wodociągowych i kanalizacyjnych od sieci zewnętrznych oraz instalacji wodociągowej i kanalizacyjnej,
- 6) adaptacja pomieszczeń na pomieszczenia higieniczno-sanitarne w przypadkach, gdy ze względów technicznych korzystne jest takie usytuowanie, a także przystosowanie pomieszczeń higieniczno-sanitarnych do potrzeb wnioskodawcy,
- 7) budowa instalacji oraz zakup i montaż urządzeń do ogrzewania z własnym źródłem ciepła na paliwo gazowe, olejowe lub energię elektryczną w lokalu lub budynku mieszkalnym osoby niepełnosprawnej samotnie zamieszkującej lub z innymi osobami niepełnosprawnymi mającymi problem z poruszaniem się,
- 8) przystosowanie wyposażenia kuchni do samodzielnej obsługi przez osobę z niepełnosprawnością, w tym:
- a) obniżenie i obudowanie zlewozmywaka oraz zakup i montaż niskich blatów, umożliwiające dojazd wózkiem inwalidzkim,
 - b) zakup i montaż ruchomych półek oraz pojemników na specjalnych prowadnicach,



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,
adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl, email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

- c) zakup i montaż zawiasów umożliwiających otwieranie drzwiczek pod kątem większym niż 90 stopni (maksymalnie do 170 stopni),
- d) zakup i montaż zatrzasków magnetycznych.
- 9) wyrównanie nawierzchni, chodnika w pobliżu (do 5 m) wjazdu na pochylnię oraz dojścia do budynku,
- 10) przystosowanie łazienki do samodzielnej obsługi przez osobę z niepełnosprawnością w tym:
 - a) utworzenie miejsca kąpielowego z odpływem liniowym w posadzce (w szczególnie uzasadnionych przypadkach, montaż brodzika niskoprogowego do wysokości 3,5 cm) z siedziskiem kąpielowym oraz uchwytem,
 - b) zakup i montaż muszli klozetowej (w przypadku konieczności zmiany wysokości),
 - c) wyłożenie posadzki/płytek antypoślizgowych,
 - d) zakup i montaż wanny otwieranej w przypadku osób, które nie są w stanie korzystać z miejsca kąpielowego lub architektura pomieszczenia ogranicza jego stworzenie,
 - e) zakup i montaż umywalki przystosowanej dla osoby niepełnosprawnej poruszającej się na wózku inwalidzkim

2. Dla osób dorosłych oraz dzieci z dysfunkcją narządu wzroku, dofinansowaniem ze środków Funduszu może być objęty zakres likwidacji barier architektonicznych, w szczególności:

- 1) zakup i montaż poręczy i uchwytów w ciągach komunikacyjnych oraz uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych,
- 2) roboty polegające na:
 - a) likwidacji progów,
 - b) likwidacji zróżnicowania poziomu podłogi,
- 3) oznakowanie wyposażenia lokalu i ciągów komunikacyjnych różnym kolorem lub fakturą,
- 4) wykonanie dodatkowego oświetlenia w pomieszczeniu lub zmiana sposobu oświetlenia dla osoby z umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności,
- 5) wyrównanie nawierzchni chodnika w pobliżu (do 5 m) wjazdu na pochylnię oraz dojścia do budynku,
- 6) trwałe oznakowanie narożników budynku,
- 7) wprowadzenie oznakowania kolorystycznego i fakturowego elementów pionowych i poziomych małej architektury oraz ograniczenia krawężnikami lub opaskami o odmiennej fakturowo lub kolorystycznie nawierzchni.

IV. Katalog zawierający wykaz urządzeń dotyczących likwidacji barier w komunikowaniu się.

1. Dofinansowaniem ze środków finansowych Funduszu może być objęty zakup urządzeń z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się dla osób z dysfunkcją narządu wzroku, słuchu, mowy oraz osób z dysfunkcją narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, w szczególności:



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl, email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

- 1) zakup i montaż specjalistycznej sygnalizacji świetlnej; wyposażenie dzwonka do drzwi w sygnalizację świetlną, wyposażenie aparatu telefonicznego w sygnalizację świetlną, sygnalizatory optyczne do aparatów telefonicznych, tekstofonów, telefaksów i wideofonów, inne sygnalizatory optyczne zastępujące dźwięk,
- 2) zakup budzików świetlnych i wibracyjnych (np. czujnik płaczu dziecka),
- 3) zakup i montaż faksu, tekstofonu, wideofonu,
- 4) zakup smartfona bez abonamentu ze specjalistycznym oprogramowaniem udźwiękawiającym dla osoby niedowidzącej lub niewidomej,
- 5) zakup laryngofonu (mikrofon krtaniowy),
- 6) zakup przenośnych indywidualnych wzmacniaczy dźwięku, słuchawek, minipętlí induktofonicznych,
- 7) zakup indywidualnych urządzeń akustycznych przybliżających dźwięki (działających na FM lub podczerwień),
- 8) zakup urządzeń wspomagających odbiór dźwięku z telewizora (przewodowych i bezprzewodowych),
- 9) zakup i montaż aparatów telefonicznych w tym z cewką indukcyjną w słuchawce, wzmacniaczem lub klawiaturą brajlowską,
- 10) zakup maszyny do pisania pismem Braille'a,
- 11) zakup powiększalnika telewizyjnego, lupy monitorowej, monitora i notatnika brajlowskiego, czytaka
- 12) zakup programu do skanera rozpoznającego pismo Braille'a,
- 13) zakup urządzeń i materiałów do sporządzania napisów brajlowskich,
- 14) zakup sprzętu komputerowego z oprogramowaniem (m.in.: udźwiękawiającym, powiększającym, syntezy mowy, do skanowania tekstu, itp.) dla osób dorosłych ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, w wieku aktywności zawodowej,
- 15) zakup sprzętu komputerowego z oprogramowaniem (m.in.: wspierającym terapię logopedyczną, wspomagającym komunikację, syntezy mowy, oprogramowanie wspierające naukę sterowania wzrokiem z wyłączeniem programów edukacyjnych i programów dla osób z trudnościami w uczeniu się) dla dzieci niepełnosprawnych.



V. Katalog zawierający wykaz urządzeń dotyczących likwidacji barier technicznych.

1. Dofinansowaniem ze środków finansowych Funduszu może być objęty zakup urządzeń z zakresu likwidacji barier technicznych, w szczególności:
 - 1) zakup urządzeń mechanicznych, elektrycznych lub elektronicznych, które posiadają interfejs dźwiękowy, brajlowski lub powiększone znaki,
 - 2) zakup i montaż urządzenia wspomagającego „SAM” (dla osób z porażeniem czterokończynowym),
 - 3) zakup sprzętu gospodarstwa domowego dla osoby ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności ze względu na dysfunkcję narządu wzroku lub ze względu na ograniczenia ruchowe, zamieszkującej samotnie lub z inną osobą niepełnosprawną (m.in.: płyta indukcyjna, pralko-suszarka),
 - 4) zakup podnośników na kółkach (nie wymagających montażu), np.: transportowo-kąpielowe, wannowe,
 - 5) zakup siedziska wannowego, toaletowego, nakładek na miskę ustępową, nakładek na wannę,
 - 6) zakup łóżka rehabilitacyjnego z napędem elektrycznym dla osób zależnych,
 - 7) zakup urządzenia do wykrywania przeszkód,
 - 8) zakup czasomierza brajlowskiego, mówiącego, z wyświetlaczem lub dużymi cyframi,
 - 9) zakup termometru brajlowskiego, mówiącego lub o podwyższonym polu odczytu,
 - 10) zakup wagi z odczytem brajlowskim, powiększonym lub mówiącym,
 - 11) zakup testera kolorów,
 - 12) zakup urządzenia sygnalizacyjno-informacyjnego (np. wskaźnik poziomu cieczy),
 - 13) zakup agregatu prądotwórczego dla osoby niepełnosprawnej zamieszkującej obszar wiejski, na którym występują braki w dostępie do prądu elektrycznego mogące powodować zagrożenie zdrowia lub życia, dla osób niepełnosprawnych wymagających stałego monitorowania układu krążeniowo- oddechowego.

Zasady rozpatrywania wniosków.

1. W sytuacji, gdy wykaz prac lub wnioskowanych rzeczy nie występuje w wyżej wymienionym katalogu, zakres prac podlega indywidualnym ustaleniom z pracownikiem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach odpowiedzialnym za realizację zadania.



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl, email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

- 2.
3. W przypadku osoby z niepełnosprawnością ubiegającej się o dofinansowanie ze środków Funduszu likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania przed rozpatrzeniem wniosku zostaje dokonana wizja lokalna.
4. Wniosek w imieniu osoby niepełnosprawnej może złożyć przedstawiciel ustawowy, prawny opiekun ustanowiony postanowieniem Sądu, pełnomocnik ustanowiony notarialnie lub osoba upoważniona na stałe lub jednorazowo, pisemnie przez wnioskodawcę.
5. Rozpatrzenie wniosku przeprowadza komisja powołana przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach.
6. Podanie przez wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, bez względu na to, czego dotyczą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.
7. Jeżeli wnioskodawca zmarł, wniosek nie podlega dalszemu rozpatrywaniu.
8. Wnioskodawcy, któremu nie zostało przyznane dofinansowanie z powodu niewystarczającej wysokości środków PFRON przeznaczonych na likwidację barier w roku rozpatrywania wniosku, może wystąpić o dofinansowanie ponownie składając nowy wniosek w roku następnym.
9. Wnioski są rozpatrywane według daty wpływu w danym roku budżetowym.
10. Do obowiązków wnioskodawcy należy uzyskanie uzgodnień, opinii i pozwoleń wymaganych przepisami szczególnymi oraz pozwolenia na budowę, a także zapewnienie nadzoru inwestorskiego (w przypadkach koniecznych). Koszty uzyskania pozwolenia, zapewnienia nadzoru inwestorskiego, uzyskania niezbędnych uzgodnień i opinii pokrywa wnioskodawca.
11. Dofinansowaniem nie mogą być objęte prace związane z budową w przypadku, gdy Wnioskodawca jest podnajemcą od podmiotów trzecich w budynkach lub ich częściach.
12. **Dofinansowaniu nie podlegają prace o charakterze remontowo – wykończeniowym, które nie wpływają na poprawę funkcjonowania lecz stanowią o podniesieniu estetyki pomieszczeń, takie jak malowanie pomieszczeń, ocieplenie, obudowa pionów kanalizacyjnych itp. nie podlega wymianie zwykły sprzęt i wyposażenie np. umywalka, miska WC, wymiana okna lub grzejnika w łazience, itp.**
13. Przy rozpatrywaniu wniosku bierze się pod uwagę całkowity koszt zadania, rodzaj i przeznaczenie obiektu, prawo nieruchomości (gruntu i obiektu), deklarowany udział własny ponad określony w zasadach limit, możliwość dofinansowania przez sponsora oraz wcześniejsze korzystanie przez Wnioskodawcę ze środków PFRON na inne cele ustawowe.
14. Dofinansowaniem ze środków Funduszu nie może być objęte dofinansowanie budynku



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,
adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl, email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

nowo wybudowanego lub będącego w trakcie prac wykończeniowych. Za budynek nowo wybudowany uważa się budynek do 5 lat od daty odbioru budynku, czyli akceptacji przez właściwy urząd zawiadomienia o zakończeniu budowy i przystąpieniu do użytkowania obiektu budowlanego. Jeżeli niepełnosprawność powstała po odbiorze budynku i nie można było jej przewidzieć, to istnieje wyjątek od wyżej wymienionej zasady.

15. Przy sporządzaniu kosztorysu dotyczącego likwidacji barier należy uwzględnić wyłącznie roboty budowlane związane z usuwaniem tych barier architektonicznych tj. utrudnień dla osoby z niepełnosprawnością występujące w budynku, które ze względu na rozwiązania techniczne lub warunki użytkowania utrudniają lub uniemożliwiają swobodę ruchu osobie.



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzi.pl email: sekretariat@pcprkartuzi.pl

Wniosek Załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 14/2025
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Kartuzach z dnia 30.04.2025 r.

.....
Nr sprawy (wypełnia pracownik PCPR)

.....
data wpływu wniosku do PCPR

Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH dla osoby niepełnosprawnej

1. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko	PESEL
Adres zamieszkania	
Adres zameldowania	
Adres korespondencyjny (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)	

2. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania		
Numer PESEL		
☐ przedstawiciel ustawowy	☐ opiekun prawny*	☐ pełnomocnik*
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... sygnatura akt.....		
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczanego przez notariusza..... dnianr repertorium.....		



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzi.pl email: sekretariat@pcprkartuzi.pl

3. Określenie stopnia niepełnosprawności: (zaznacz właściwe)

- ☐ stopień znaczny (I grupa), niezdolność do samodzielnej egzystencji
- ☐ stopień umiarkowany (II grupa), całkowita niezdolność do pracy
- ☐ stopień lekki (III grupa), częściowa niezdolność do pracy
- ☐ osoba niepełnosprawna w wieku do lat 16

4. Rodzaj niepełnosprawności: (zaznacz właściwe)

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- ☐ wrodzony brak lub amputacja kończyn górnych
- ☐ inna dysfunkcja narządu ruchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ inne schorzenia:

5. Sytuacja zawodowa: (zaznacz właściwe)

- ☐ zatrudniona/y prowadząca/y działalność gospodarczą
- ☐ osoba w wieku od 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- ☐ bezrobotna/y poszukująca/y pracy / rencista/ka poszukująca/y pracy
- ☐ rencista/ka emeryt/ka nie zainteresowana/y podjęciem pracy
- ☐ dzieci i młodzież do lat 18

6. Inne osoby niepełnosprawne zamieszkujące z wnioskodawcą

Lp.	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj/symbol niepełnosprawności
1			
2			
3			
4			

7. Osoba niepełnosprawna zamieszkuje: (zaznacz właściwe)

- ☐ samotnie (gospodarstwo jednoosobowe) ☐ z rodziną ☐ z osobami nie spokrewnionymi

8. Sposób poruszania się: (zaznacz właściwe)

- samodzielnie ☐ TAK ☐ NIE
- na wózku inwalidzkim ☐ TAK ☐ NIE
- o kulach lub lasce ☐ TAK ☐ NIE

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH**

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzi.pl email: sekretariat@pcprkartuzi.pl**9. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON**(obejmuje dofinansowania otrzymane na podstawie zawartych umów) ☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, to proszę wypełnić poniższą tabelkę:

Lp.	Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania
1				
2				
3				

10. Przedmiot dofinansowania:

.....

.....

.....

.....

11. Uzasadnienie wniosku (proszę podać w jaki sposób przedmiot dofinansowania określony w punkcie 10 usprawni wnioskodawcy samodzielne lub sprawniejsze funkcjonowanie):

.....

.....

.....

.....

.....

12. Całkowity koszt zakupu wnioskowanego urządzenia:

.....zł słownie

13. Kwota wnioskowanego dofinansowania (do 95% kosztów), nie więcej jednak niż do wysokości 15-krotnego przeciętnego wynagrodzenia:

.....zł słownie

14. Wybrana forma przekazania środków finansowych na dofinansowanie:

- ☐ przelew na konto wnioskodawcy
- ☐ przelew na konto sprzedawcy podany na dowodzie zakupu usługi
- ☐ przelew na konto osoby upoważnionej przez wnioskodawcę

Właściciel konta (imię i nazwisko)/nazwa firmy

Nazwa banku

Nr konta :

[illegible]

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przekazanie dofinansowania na wyżej wskazane konto bankowe.

.....
podpis właściciela rachunku bankowego

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

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

Czy wnioskodawca przebywa w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej np. dom pomocy społecznej? (właściwe zaznaczyć) ☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam, że:

✓ średni miesięczny dochód (netto) na osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł

..... $z^{\dagger}$

słownie:.....zł

w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

UWAGA! Do dochodu nie wlicza się świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku i dodatku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych

✓ liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

✓ nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,

✓ adres podany we wniosku jest stałym miejscem zamieszkania osoby niepełnosprawnej,

✓ zobowiązuję się do niezwłocznego zgłoszenia każdej zmiany związanej z fakturą (korekta, wystawienie duplikatu, itp.), na podstawie której przyznano dofinansowanie.

data i czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzi.pl email: sekretariat@pcprkartuzi.pl

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Administrator Danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. art. 7 ust. 3, informuje o możliwości wycofania zgody udzielonej na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu ułatwienia kontaktu w sprawach wynikających z obowiązku prawnego realizowanych przez Administratora Danych, **DOBROWOLNIE WYRAŻAM ZGODĘ** na przetwarzanie moich danych osobowych tj.:

Numer telefonu

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

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu),
2. kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie mieszkających z wnioskodawcą (oryginały do wglądu),
3. aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności wg załącznika,
4. oferta cenowa dotycząca zakupu wnioskowanego urządzenia lub przedmiotu (w przypadku kilku elementów składowych należy określić ich ceny jednostkowe),
5. w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),
6. w przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika – kopię pełnomocnictwa poświadczanego przez notariusza (oryginał do wglądu).

Uwaga:

Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania. Prace/zakupy dokonane przed podpisaniem umowy nie podlegają dofinansowaniu.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu - załącznik nr” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach**.

1. Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, sekretariat@pcprkartuzy.pl
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@pcprkartuzy.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych związanym m.in. z udzieleniem dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier technicznych dla osoby niepełnosprawnej.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
5. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie o ochronie danych osobowych.
6. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
7. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

.....

data i czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzi.pl email: sekretariat@pcprkartuzi.pl

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób

**Niepełnosprawnych
likwidacji barier technicznych**

Imię i nazwisko:

PESEL:

Miejsce zamieszkania:

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

2. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe):

- ☐ brak obu kończyn górnych
- ☐ brak jednej kończyny górnej
- ☐ brak obu kończyn dolnych
- ☐ brak jednej kończyny dolnej
- ☐ znaczny niedowład obu kończyn górnych
- ☐ znaczny niedowład obu kończyn dolnych
- ☐ jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej
- ☐ jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych
- ☐ inne schorzenie:

3. Opis niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe):

- ☐ osoba leżąca wymagająca opieki innych osób
- ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- ☐ osoba poruszająca się przy pomocy balkonika, trójnogu, kul, itp.
- ☐ osoba zaopatrzona w protezy:
 - ☐ kończyn górnych
 - ☐ kończyn dolnych
- ☐ osoba z dysfunkcją narządu wzroku:
 - ☐ niedowidząca
 - ☐ niewidoma
- ☐ osoba z dysfunkcją narządu słuchu
- ☐ osoba z zaburzeniem głosu, mowy
- ☐ inne (opisać jakie):



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzi.pl email: sekretariat@pcprkartuzi.pl

4. Uwagi dodatkowe:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza

UWAGA:

Barierzy techniczne to wszelkie przeszkody wynikają z braku zastosowania lub niedostosowania odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności przedmiotów lub urządzeń. Likwidacja tych barier powinna powodować sprawniejsze działanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie.

§ 6 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 926 ze zm.) stanowi, że:

o dofinansowanie ze środków Funduszu na likwidację barier technicznych, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja 120 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Wniosek Załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 14/2025
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Kartuzach z dnia 30.04.2025 r.

.....
Nr sprawy (wypełnia pracownik PCPR)

.....
data wpływu wniosku do PCPR

Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ dla osoby niepełnosprawnej

1. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko	PESEL
Adres zamieszkania	
Adres zameldowania	
Adres korespondencyjny (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)	

2. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania		
Numer PESEL		
☐ przedstawiciel ustawowy	☐ opiekun prawny*	☐ pełnomocnik*
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....		
sygnatura akt.....		
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadzonego przez notariusza.....		
..... dnianr repertorium.....		



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzi.pl email: sekretariat@pcprkartuzi.pl

3. Określenie stopnia niepełnosprawności: (zaznacz właściwe)

- ☐ stopień znaczny (I grupa), niezdolność do samodzielnej egzystencji
- ☐ stopień umiarkowany (II grupa), całkowita niezdolność do pracy
- ☐ stopień lekki (III grupa), częściowa niezdolność do pracy
- ☐ osoba niepełnosprawna w wieku do lat 16

4. Rodzaj niepełnosprawności: (zaznacz właściwe)

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- ☐ wrodzony brak lub amputacja kończyn górnych
- ☐ inna dysfunkcja narządu ruchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ inne schorzenia:

5. Sytuacja zawodowa: (zaznacz właściwe)

- ☐ zatrudniona/y prowadząca/y działalność gospodarczą
- ☐ osoba w wieku od 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- ☐ bezrobotna/y poszukująca/y pracy / rencista/ka poszukująca/y pracy
- ☐ rencista/ka emeryt/ka nie zainteresowana/y podjęciem pracy
- ☐ dzieci i młodzież do lat 18

6. Inne osoby niepełnosprawne zamieszkujące z wnioskodawcą

Lp.	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj/symbol niepełnosprawności
1			
2			
3			
4			

7. Osoba niepełnosprawna zamieszkuje: (zaznacz właściwe)

- ☐ samotnie (gospodarstwo jednoosobowe) ☐ z rodziną ☐ z osobami nie spokrewnionymi

8. Sposób poruszania się: (zaznacz właściwe)

- samodzielnie ☐ TAK ☐ NIE
- na wózku inwalidzkim ☐ TAK ☐ NIE
- o kulach lub lasce ☐ TAK ☐ NIE



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

9. Rozpoznanie potrzeb wnioskodawcy wynikających z niepełnosprawności:

(dotyczy zakupu sprzętu komputerowego)

1. Czy w związku z rodzajem schorzenia wnioskodawca wymaga specjalistycznego oprogramowania:
☐ TAK
☐ NIE
2. Czy w związku z rodzajem schorzenia wnioskodawca wymaga specjalistycznego oprzyrządowania komputera (np. klawiatury z kontrastującymi literami, nakładki na klawiaturę, nakładki na głowę lub inne w zależności od potrzeb):
☐ TAK
☐ NIE
3. Czy wnioskodawca objęty jest pomocą logopedyczną lub inną mającą na celu rehabilitację mowy lub słuchu:
☐ TAK
☐ NIE

10. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON

(obejmuje dofinansowania otrzymane na podstawie zawartych umów) ☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, to proszę wypełnić poniższą tabelkę:

Lp.	Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania
1				
2				
3				

11. Przedmiot dofinansowania:

.....

.....

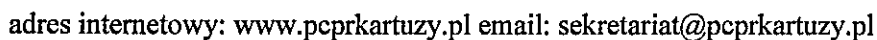
.....

12. Uzasadnienie wniosku (proszę podać w jaki sposób przedmiot dofinansowania określony w punkcie 11 przyczyni się do poprawy komunikowania się osoby niepełnosprawnej z otoczeniem):

.....

.....

.....



Czy wnioskodawca przebywa w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej np. dom pomocy społecznej? (właściwie zaznaczyć) ☐ TAK ☐ NIE



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Oświadczam, że:

- ✓ średni miesięczny dochód (netto) na osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł

..... zł
słownie:.....zł

w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

UWAGA! Do dochodu nie wlicza się świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku i dodatku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych

- ✓ liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
- ✓ nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- ✓ adres podany we wniosku jest stałym miejscem zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
- ✓ zobowiązuję się do niezwłocznego zgłoszenia każdej zmiany związanej z fakturą (korekta, wystawienie duplikatu, itp.), na podstawie której przyznano dofinansowanie.

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

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Administrator Danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. art. 7 ust. 3, informuje o możliwości wycofania zgody udzielonej na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu ułatwienia kontaktu w sprawach wynikających z obowiązku prawnego realizowanych przez Administratora Danych, **DOBROWOLNIE WYRAŻAM ZGODĘ** na przetwarzanie moich danych osobowych tj.:

Numer telefonu

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

* niepotrzebne skreślić



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Załączniki do wniosku:

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu),
2. kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie mieszkających z wnioskodawcą (oryginały do wglądu),
3. aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności wg załącznika,
4. oferta cenowa dotycząca zakupu wnioskowanego urządzenia lub przedmiotu (w przypadku kilku elementów składowych należy określić ich ceny jednostkowe) w przypadku sprzętu komputerowego również oprogramowania,
5. opinia psychologa, pedagoga szkolnego, logopedy bądź poradni psychologiczno-pedagogicznej,
6. w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),
7. w przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika – kopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza (oryginał do wglądu).

Uwaga:

Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania. Prace/zakupy dokonane przed podpisaniem umowy nie podlegają dofinansowaniu.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu - załącznik nr” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach.

1. Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, sekretariat@pcprkartuzy.pl
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@pcprkartuzy.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych związanym m.in. z udzieleniem dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się dla osoby niepełnosprawnej.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
5. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie o ochronie danych osobowych.
6. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
7. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

.....

data i czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

likwidacji barier w komunikowaniu się

Imię i nazwisko:

PESEL:

Miejsce zamieszkania:

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

2. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe):

☐ upośledzenie umysłowe

☐ choroby psychiczne

☐ zaburzenia głosu, mowy

☐ choroby słuchu

☐ choroby narządu wzroku

☐ choroby narządu ruchu:

☐ z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim

☐ bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim

☐ inne schorzenie:

3. Uwagi dodatkowe:

.....

.....

.....

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Wniosek Załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 14/2025
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w
Kartuzach z dnia 30.04.2025 r.

.....
Nr sprawy (wypełnia pracownik PCPR)

.....
data wpływu wniosku do PCPR

**Wniosek
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH
dla osoby niepełnosprawnej**

1. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko	PESEL
Adres zamieszkania	
Adres zameldowania	
Adres korespondencyjny (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)	

2. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania		
Numer PESEL		
☐ przedstawiciel ustawowy	☐ opiekun prawny*	☐ pełnomocnik*
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....		
sygnatura akt.....		



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczanego przez notariusza.....
..... dnianr repertorium.....

3. Określenie stopnia niepełnosprawności: (zaznacz właściwe)

- ☐ stopień znaczny (I grupa), niezdolność do samodzielnej egzystencji
- ☐ stopień umiarkowany (II grupa), całkowita niezdolność do pracy
- ☐ stopień lekki (III grupa), częściowa niezdolność do pracy
- ☐ osoba niepełnosprawna w wieku do lat 16

4. Rodzaj niepełnosprawności: (zaznacz właściwe)

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- ☐ wrodzony brak lub amputacja kończyn górnych
- ☐ inna dysfunkcja narządu ruchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ inne schorzenia:

5. Sytuacja zawodowa: (zaznacz właściwe)

- ☐ zatrudniona/y prowadząca/y działalność gospodarczą
- ☐ osoba w wieku od 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- ☐ bezrobotna/y poszukująca/y pracy / rencista/ka poszukująca/y pracy
- ☐ rencista/ka emeryt/ka nie zainteresowana/y podjęciem pracy
- ☐ dzieci i młodzież do lat 18

6. Inne osoby niepełnosprawne zamieszkujące z wnioskodawcą

Lp.	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj/symbol niepełnosprawności
1			
2			
3			
4			

7. Sytuacja mieszkaniowa: (zaznacz właściwe)

a) budynek, w którym ma zostać przeprowadzona likwidacja barier architektonicznych to:

- ☐ budynek parterowy
- ☐ piętrowy
- ☐ mieszkanie na (proszę podać kondygnację)



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuszy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuszy.pl email: sekretariat@pcprkartuszy.pl

b) opis mieszkania: (zaznacz właściwe)

liczba pokoi z: ☐ kuchnią ☐ bez kuchni

łazienka: ☐ TAK ☐ NIE

łazienka posiada: ☐ wannę ☐ brodzik ☐ kabinę prysznicową ☐ umywalkę ☐ WC

ogrzewanie: ☐ piec kaflowy ☐ centralne ogrzewanie ☐ elektryczne ☐ gaz

☐ inne

woda: ☐ TAK ☐ NIE ☐ woda zimna ☐ woda ciepła

c) osoba niepełnosprawna zamieszkuje: (zaznacz właściwe)

☐ samotnie (gospodarstwo jednoosobowe) ☐ z rodziną ☐ z osobami nie spokrewnionymi

8. Sposób poruszania się: (zaznacz właściwe)

✓ samodzielnie

☐ TAK

☐ NIE

✓ na wózku inwalidzkim

☐ TAK

☐ NIE

✓ o kulach lub łasce

☐ TAK

☐ NIE

9. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON

(obejmuje dofinansowania otrzymane na podstawie zawartych umów) ☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, to proszę wypełnić poniższą tabelkę:

Lp.	Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania
1				
2				
3				

10. Opis planu przedsięwzięć (należy podać zakres prac, których wykonanie ułatwi codzienną egzystencję osoby niepełnosprawnej):

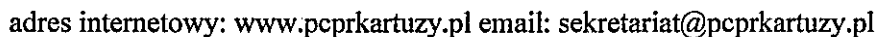
.....

.....

.....

.....

.....



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



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

Czy wnioskodawca przebywa w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej np. dom pomocy społecznej? (właściwe zaznaczyć) ☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam, że:

- ✓ średni miesięczny dochód (netto) na osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł zł
słownie:.....zł

w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

UWAGA! Do dochodu nie wlicza się świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku i dodatku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych

- ✓ liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
- ✓ nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- ✓ adres podany we wniosku jest stałym miejscem zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
- ✓ zobowiązuję się do niezwłocznego zgłoszenia każdej zmiany związanej z fakturą (korekta, wystawienie duplikatu, itp.), na podstawie której przyznano dofinansowanie.

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

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Administrator Danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. art. 7 ust. 3, informuje o możliwości wycofania zgody udzielonej na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu ułatwienia kontaktu w sprawach wynikających z obowiązku prawnego realizowanych przez Administratora Danych, **DOBROWOLNIE WYRAŻAM ZGODĘ** na przetwarzanie moich danych osobowych tj.:

Numer telefonu

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

* niepotrzebne skreślić



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzi.pl email: sekretariat@pcprkartuzi.pl

Załączniki do wniosku:

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu),
2. kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie mieszkających z wnioskodawcą (oryginały do wglądu),
3. aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności wg załącznika nr 1,
4. dokument określający właściciela lokalu/mieszkania, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt notarialny, umowa najmu, umowa darowizny lub inna umowa potwierdzająca prawo do lokalu), oryginał do wglądu,
5. zgoda właściciela na wykonanie wnioskowanych w budynku mieszkalnym lub lokalu, w którym na stałe zamieszkuje osoba niepełnosprawna, nie będąca właścicielem lub użytkownikiem wieczystym nieruchomości,
6. szkic i wymiary pomieszczeń, w których ma zostać przeprowadzona likwidacja barier architektonicznych,
7. zestawienie kosztów planowanej realizacji zadania sporządzony przez przedstawicieli firmy budowlanej lub przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane,
8. projekt, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach),
9. w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),
10. w przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika – kopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza (oryginał do wglądu).

Uwaga:

Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania. Prace/zakupy dokonane przed podpisaniem umowy nie podlegają dofinansowaniu.

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

W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu - załącznik nr” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach.

1. Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, sekretariat@pcprkartuzy.pl
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@pcprkartuzy.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych związanym m.in. z udzieleniem dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych dla osoby niepełnosprawnej.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
5. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie o ochronie danych osobowych.
6. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
7. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

.....

data i czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

likwidacji barier architektonicznych

Imię i nazwisko:

PESEL:

Miejsce zamieszkania:

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

2. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe):

- ☐ brak obu kończyn górnych
- ☐ brak jednej kończyny górnej
- ☐ brak obu kończyn dolnych
- ☐ brak jednej kończyny dolnej
- ☐ znaczny niedowład obu kończyn górnych
- ☐ znaczny niedowład obu kończyn dolnych
- ☐ jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej
- ☐ jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych
- ☐ inne schorzenie:

3. Opis niepełnosprawności, związany z trudnościami w poruszaniu się (zaznaczyć właściwe):

- ☐ osoba leżąca wymagająca opieki innych osób
- ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- ☐ osoba poruszająca się przy pomocy balkonika, trójnogu, kul, itp.
- ☐ osoba zaopatrzona w protezy:
 - ☐ kończyn górnych
 - ☐ kończyn dolnych
- ☐ osoba z dysfunkcją narządu wzroku:
 - ☐ niedowidząca
 - ☐ niewidoma
- ☐ inne dysfunkcje utrudniające poruszanie się (opisać jakie):

.....

.....



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

4. Uwagi dodatkowe:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

UWAGA:

Bariery architektoniczne to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym

§ 6 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 926 z późn. zm.) stanowi, że:

- ✓ dofinansowanie ze środków Funduszu na likwidację barier architektonicznych, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się.

