**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

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

## Część A – DANE WNIOSKODAWCY

### ROLA WNIOSKODAWCY

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

### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | * mężczyzna
* kobieta
 |

#### ADRES ZAMIESZKANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto
* wieś
 |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

#### ADRES KORESPONDENCYJNY

* Taki sam jak adres zamieszkania

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

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | * mężczyzna
* kobieta
 |

#### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto
* wieś
 |

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | * tak
* nie
 |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * Znaczny
* Umiarkowany
* Lekki
* Nie dotyczy
 |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo
* okresowo – do dnia: ………………………………………………
 |
| **Numer orzeczenia:** |  |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa
* II grupa
* III grupa
* nie dotyczy
 |
| **Niezdolność:** | * Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji
* Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
* Osoby całkowicie niezdolne do pracy
* Osoby częściowo niezdolne do pracy
* Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym
* Nie dotyczy
 |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | * 01-U – upośledzenie umysłowe
* 02-P – choroby psychiczne
* 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
	+ osoba głucha
	+ osoba głuchoniema
* 04-O – narząd wzroku
	+ osoba niewidoma
	+ osoba głuchoniewidoma
* 05-R – narząd ruchu
	+ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
	+ dysfunkcja obu kończyn górnych
* 06-E – epilepsja
* 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
* 08-T – choroby układu pokarmowego
* 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
* 10-N – choroby neurologiczne
* 11-I – inne
* 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
 |
| **Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:** | * tak
* nie
 |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | * 2 przyczyny
* 3 przyczyny
 |

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

* indywidualne
* wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

……………………..………………………………….

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:**

…………………………

**w tym liczba osób niepełnosprawnych:**

………………….

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:**

* nie korzystałem
* korzystałem

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### PRZEDMIOT WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:** |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** |  |
| Słownie: |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| Słownie: |  |
| **co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** |  |
| **Deklarowane środki własne:** |  |
| **Inne źródła finansowania:** |  |
| **Cel dofinansowania i uzasadnienie:** |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:** |  |
| **Miejsce realizacji zadania:** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji:** |  |

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

* Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Właściciel konta (imię i nazwisko):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

* Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Budynek:** | * dom jednorodzinny,
* wielorodzinny prywatny,
* wielorodzinny komunalny,
* wielorodzinny spółdzielczy
 |
| **Ilość pięter:** | * budynek parterowy,
* piętrowy,
* mieszkanie na piętrze ………………..
 |
| **Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:** |  |
| **Liczba pokoi:** | * …………..…
* + kuchnia,
* + łazienka,
* + wc
 |
| **Łazienka jest wyposażona w:** | * wannę,
* brodzik,
* kabinę prysznicową,
* umywalkę
 |
| **W mieszkaniu jest:** | * instalacja wody zimnej,
* ciepłej,
* kanalizacja,
* centralne ogrzewanie,
* prąd,
* gaz
 |
| **Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:** |  |

### SYTUACJA ZAWODOWA

* Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
* Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
* Bezrobotny poszukujący pracy
* Rencista poszukujący pracy
* Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
* Dzieci i młodzież do lat 18
* Inne / jakie?

………………………………………………………………………………..

### OŚWIADCZENIE

* **Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**
* Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
* Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
* Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
* Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w systemie Obsługi Wsparcia (SOW) oraz systemach informatycznych niezbędnych w celu realizacji wniosku o dofinansowanie z PFRON.
* Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem korzystania z Systemu SOW i go akceptuję.

**Klauzula informacyjna RODO:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanego dalej RODO, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Złotowie, którego siedziba mieści się przy al. Piasta 32, 77-400 Złotów, tel. 67 263 22 65.

2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Złotowie może się Pani/Pan kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych Panią Adrianną Sobotka w następujący sposób:

- pocztą elektroniczną na adres e-mail: iodo@zlotow-powiat.pl

- pisemnie: na adres siedziby Administratora danych

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wniosków i na dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie przepisów art. 6 ust. 1 lit. a, b i c RODO, ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, 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 oraz udzielonej zgody osoby, której dane dotyczą.

4. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane poza podmiotami uprawnionymi do odbioru Pani/Pana danych na podstawie odpowiednich przepisów prawa tj. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, do których zostały zebrane wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych i sporządzonej na ich podstawie Instrukcji Kancelaryjnej obowiązującej w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Złotowie, a po jego zakończeniu zostaną niezwłocznie usunięte.

6. Jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody, ma Pan/Pani prawo do jej cofnięcia w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści swoich danych osobowych, w tym do uzyskania kopii tych danych,

- sprostowania/poprawienia swoich danych osobowych,

- przenoszenia swoich danych osobowych,

- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych,

- usunięcia danych w zakresie, w jakim Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody.

8. W przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9. Podanie przez Państwa danych osobowych w celu realizacji zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Złotowie w zakresie wymaganym prawem jest obligatoryjne. Konsekwencją niepodania wymaganych prawem danych osobowych, będzie brak możliwości skorzystania z pomocy i wsparcia, które oferuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Złotowie. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie udzielonej zgody, podanie przez Pana/Panią danych osobowych Administratorowi danych ma charakter dobrowolny (numer telefonu, adres e-mail).

10. Państwa dane są przetwarzane w formie tradycyjnej (papierowej) i elektronicznej, nie podlegają profilowaniu, ani nie będą przekazywane do państw trzecich w rozumieniu RODO.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU | **Dołączono** **do wniosku**  | **Data uzupełnienia**  |
| 1 Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu) |  |  |
| 2. Kopia orzeczenia osób niepełnosprawnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (oryginał do wglądu)  |  |  |
| 3. Kopia aktu własności lokalu, umowy najmu (oryginał do wglądu), jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem lokalu |  |  |
| 4. Aktualne zaświadczenie lekarskie - ważne 3 miesiące od dnia wystawienia - zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz wynikających z niej dysfunkcji utrudniających samodzielne funkcjonowanie stanowiące **zał. Nr 1** |  |  |
| 5. Oświadczenie o miejscu pobytu stałego stanowiące **zał. Nr 2** |  |  |
| 6. W przypadku, gdy lokal jest własnością innej osoby należy dostarczyć pisemną zgodą właściciela budynku na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie  **zał. Nr 3** |  |  |
| 7. Aktualne zaświadczenie lekarskie - ważne 3 miesiące od dnia wystawienia - zawierające informację o dysfunkcji narządu wzroku, wystawione przez lekarza okulistę stanowiący **zał. Nr 4** |  |  |
| 8. W przypadku, gdy Wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio uwierzytelnione pełnomocnictwo lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (do wnioski należy dołączyć kserokopię – oryginał do wglądu ) |  |  |

 **Załącznik nr 1**
 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

 **likwidacji barier architektonicznych \*\***

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**Dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Złotowie
(PROSZĘ O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA W JĘZYKU POLSKIM)

Imię i nazwisko..........................................................................................................

Adres zamieszkania...................................................................................................

PESEL.........................................................................................................................

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

**Sprawność danego narządu/układu sprawia trudność w stopniu\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| znacznym | Pieczątka i podpis lekarza |
| umiarkowanym | Pieczątka i podpis lekarza |
| lekkim | Pieczątka i podpis lekarza |

**Sprawność kończyn:**

|  |  |
| --- | --- |
| **górnych** | **dolnych** |
| Pełna | Pieczątka i podpis lekarza | Pełna | Pieczątka i podpis lekarza |
| częściowo ograniczona | Pieczątka i podpis lekarza | częściowo ograniczona | Pieczątka i podpis lekarza |
| całkowicie niesprawna | Pieczątka i podpis lekarza | całkowicie niesprawna | Pieczątka i podpis lekarza |

**Osoba porusza się:**

|  |  |
| --- | --- |
| Samodzielnie | Pieczątka i podpis lekarza |
| z częściową pomocą | Pieczątka i podpis lekarza |
| za pomocą kul, balkoniku, protezy lub innychśrodków pomocniczych\* | Pieczątka i podpis lekarza |
|  na wózku inwalidzkim | Pieczątka i podpis lekarza |
|  jest osoba leżącą | Pieczątka i podpis lekarza |

**Inna przyczyna niepełnosprawności (choroby współistniejące):**

|  |  |
| --- | --- |
|  osoba niewidoma lub niedowidząca | Pieczątka i podpis lekarza |
|  | Pieczątka i podpis lekarza |
|  | Pieczątka i podpis lekarza |

informacje uzupełniające: ..............................................................................................
....................................................................................................................................
....................................................................................................................................
....................................................................................................................................

**\*** odpowiednie podkreślić **\*\*** bariery architektoniczne to wszelkie utrudnienie występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania, uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawny

 Załącznik nr 2
 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

 likwidacji barier architektonicznych

............................................................
(imię i nazwisko wnioskodawcy)
............................................................
 (nr PESEL)

**OŚWIADCZENIE**
**o miejscu pobytu stałego**

 Pouczony/a treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2014 r. o ewidencji ludności

 (Dz. U. z 2015 r., poz. 388), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej

 miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że

 moim miejscem pobytu stałego
 jest:

......................................................................................................................................................................
(adres i miejsce pobytu stałego)

 .......................................................
 podpis wnioskodawcy

 Załącznik nr 3
 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

 likwidacji barier architektonicznych

………………………………………………………. ……………………………………

imię i nazwisko wyrażającego zgodę miejscowość, data

……………………………………………………….

 adres

……………………………………………………….

# ZGODA WŁAŚCICIELA NA DOKONANIE ZMIAN

Ja, niżej podpisana/y ………………………………………………………………………….….legitymująca/y się dowodem

 imię i nazwisko

osobistym ……………………………………………………… wydanym przez ………………………………………………………….

 seria i numer dowodu tożsamości nazwa organu

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie prac związanych z likwidacją barier architektonicznych dla

………………………………………………………………………………………………………..stale zamieszkałej/go w budynku,

którego jestem właścicielem / współwłaścicielem.\*

 ………………………………………………

czytelny podpis właściciela budynku

\* ( właściwe podkreślić )

 **Załącznik nr 4**

**do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON**

 **likwidacji barier architektonicznych**

.........................................................

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**Dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Złotowie
(PROSZĘ O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA W JĘZYKU POLSKIM)

1. Imię i nazwisko ........................................................................................................................
2. Adres zamieszkania .........................................................................................................................

3. PESEL .........................................................................................................................

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

 a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

* jednego oka
* obydwu oczu

 b) Pacjent ma zwężone pole widzenia (w wartościach liczbowych podanych w stopniach np. „<30°”): \*

* w oku lewym do: ................................ stopni
* w oku prawym do: .............................. stopni
* nie dotyczy

 c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji podawane w wartościach liczbowych): \*

 **Wyniki badania należy podać w zapisie dziesiętnym według metody Snellena (np. 0,05)**

* w oku lewym wynosi: ....................................................................
* w oku prawym wynosi: ....................................................................
* nie dotyczy

 d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

* tak  nie

**likwidacja bariery architektonicznej w miejscu zamieszkania jest:**

 **□ niezbędna □ wskazana □ zbędna**

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

 (miejscowość ) (data) pieczątka, nr i podpis lekarza

\***Znaczny stopień niepełnosprawności** – dotyczy osób z całkowitą ślepotą obuoczną lub praktyczną ślepotą obuoczną. Ostrość wzroku po korekcji

 w lepszym oku nie przekracza 5% normalnej ostrości. Pole widzenia zawężone jest do około 20 stopni – widzenie lunetowe

**\*Umiarkowany stopień niepełnosprawności** – dotyczy osób, u których ostrość wzroku po korekcji w lepszym oku wynosi od 6% do 10% normalnej

 ostrości oraz pacjentów z zawężonym polem widzenia do około 30 stopni.