

Nr sprawy:

Nr wniosku:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK O UDZIELENIE DOFIANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU

REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH LIKWIDACJI BARIER:

technicznych

w komunikowaniu się

Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

Nazwisko i imię

PESEL Data urodzenia

Adres zamieszkania:

.....

Nr telefonu (podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe ale ułatwi kontakt)

Przedstawiciel ustawowy (dla wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

Nazwisko i imię

PESEL

Adres zamieszkania:

.....

Opiekun prawny – ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego:

..... z dnia:

Sygn. Akt:

Pełnomocnik – na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza:

..... z dnia

nr repetytorium:

I. Stopień niepełnosprawności (wstaw X we właściwej rubryce)

Znaczny (inwalida I grupy)	
Umiarkowany (inwalida II grupy)	
Lekki (inwalida III grupy)	
Osoby niepełnosprawne w wieku do lat 16	

II. Rodzaj niepełnosprawności (wstaw X we właściwej rubryce)

Dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,	
Wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk, amputacja nóg	
Inna dysfunkcja narządów ruchu (określić jaka?)	
Dysfunkcja narządów wzroku	
Dysfunkcja narządów słuchu lub mowy	
Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia (z jakiego powodu?)	

III. Sytuacja zawodowa (wstaw X we właściwej rubryce)

Zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
Młodzież od lat 18 do 24 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	

IV. Osoba niepełnosprawna zamieszkuje (wstaw X we właściwej rubryce)

samotnie	
z rodziną	
z osobami niespokrewnionymi	

V. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowywania

.....

.....

.....

.....

VI. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych na realizację zadania (wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania)

.....

.....

.....

VII. Uzasadnienie wniosku (w jaki sposób przedmiot dofinansowania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem z uwagi na potrzeby wynikające z jej niepełnosprawności)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VIII. Przewidywalny koszt realizacji zadania

.....

IX. Termin rozpoczęcia i przewidywalny czas realizacji zadania

.....

X. Deklarowany udział własny i/lub sponsora

Deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania ponad obowiązkowe 5%	%
Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%

XI. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na dofinansowanie likwidacji barier?	Tak	Nie
--	-----	-----

Cel dofinansowania	Rok i numer zawartej umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia

XII. Forma przekazania przyznanego dofinansowania:

przelew na konto Wnioskodawcy lub osoby wskazanej przez Wnioskodawcę:

Właściciel konta:

Adres zamieszkania:

.....

Nazwa banku:.....

Nr konta |_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|

przelew na konto realizatora zlecenia podane na dowodzie zakupu.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi:

..... zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym

UWAGA! Do dochodu nie wlicza się świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych (za wyjątkiem świadczenia rodzicielskiego), zasiłków i dodatków pielęgnacyjnych, świadczenia wychowawczego 500+, dodatków mieszkaniowych, ryczałtu na zakup opału, zryczałtowanego dodatku energetycznego oraz świadczeń z pomocy społecznej.

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 z późn. zm.) **oświadczam**, że dane umieszczone we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.
2. **Oświadczam**, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i powiatu kwidzyńskiego oraz, że nie byłem/byłem w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku w terminie 14 dni od zmiany.
4. Zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania. Wniosek złożony w bieżącym roku kalendarzowym nie przechodzi na rok następny.
5. **Oświadczam**, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o zasadach dofinansowania i rozliczenia środków Funduszu przyznanych na likwidację barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się, i że **dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przez przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.**
6. **Oświadczam**, że posiadam własne środki finansowe na pokrycie co najmniej 5% kosztów przedsięwzięcia.

.....
(podpis Wnioskodawcy, opiekuna ustawowego,
opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie, ul. gen. Józefa Hallera 5, 82-500 Kwidzyn.
2. Celem przetwarzania danych osobowych jest rozpatrzenie wniosku o udzielenie dofinansowania ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych/ technicznych/ w komunikowaniu się.
3. Podstawą prawną przetwarzania jest:
 - a) art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. tj. wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
 - b) art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., tj. osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów.
4. Odbiorcami danych osobowych są podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane, z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
7. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo do żądania od Administratora dostępu do dotyczących go danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Każda osoba, której dane dotyczą, w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody – ma prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofanie się ze zgody należy złożyć w formie pisemnej u Administratora. Konsekwencją wycofania się ze zgody będzie brak możliwości przetwarzania danych innych niż wynikające z przepisów prawa.
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. W określonych przypadkach podanie danych osobowych jest dobrowolne.
9. Decyzje dotyczące przetwarzania danych osobowych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany. Administrator nie profiluje danych osobowych.
10. Nie przewiduje się przetwarzania danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.
11. Każda osoba, której dane osobowe są przetwarzane ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. (22) 531 03 00.
12. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, który jest dostępny pod numerem telefonu: +48 791 150 939 lub pod adresem e-mail: biuro@solved.com.pl.

.....
(podpis Wnioskodawcy, opiekuna ustawowego,
opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

Załączniki do wniosku (wypełnia PCPR):

- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej, a w przypadku osób, które nie ukończyły 16 lat – orzeczenie o niepełnosprawności;
- aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (Załącznik nr 1 do wniosku);
- zgoda właściciela konta (załącznik nr. 2 do wniosku, w koniecznych przypadkach)
- 2 oferty cenowe dotycząca wnioskowanego przedmiotu lub urządzenia;
- orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego/nauczania indywidualnego (w koniecznych przypadkach);
- inne dokumenty uzasadniające

Przy składaniu wniosku należy okazać do wglądu (na żądanie pracownika):

- dowód osobisty;
- w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – dokument potwierdzający pełnienie funkcji opiekuna prawnego;
- dokument notarialny potwierdzający pełnomocnictwo.

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

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 górnej i dolnej;
- jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych;
- dysfunkcja narządu wzroku;
- dysfunkcja narządu słuchu;
- dysfunkcja narządu mowy;
- inne schorzenia

.....

3. Używane przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (zaznaczyć właściwe):

- wózek inwalidzki;
- kule;
- balkonik;
- protezy kończyn;
- orteza;
- gorset;
- aparaty słuchowe;
- aparaty mowy;
- inne

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

.....
(imię i nazwisko)

.....
.....
.....
(adres zamieszkania)

ZGODA WŁAŚCICIELA KONTA BANKOWEGO
(wypełnić w przypadku wypłaty na konto indywidualne osoby nie będącej Wnioskodawcą)

Ja, niżej podpisana/podpisany wyrażam zgodę na przekazanie przyznanego dla Pani/Pana dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych/ technicznych/ w komunikowaniu się ma mój indywidualny rachunek bankowy podany w wniosku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku i powyższym oświadczeniu zgodnie z Rozporządzeniem 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 wyżej wymienionym celu.

Miejscowość	Data	Podpis Właściciela konta