

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):

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej, a w przypadku osób, które nie ukończyły 16 lat – orzeczenie o niepełnosprawności;
2. aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (Załącznik nr 1 do wniosku);
3. zgoda właściciela konta (załącznik nr. 2 do wniosku, w koniecznych przypadkach)
4. 2 oferty cenowe dotyczące wnioskowanego przedmiotu lub urządzenia;
5. orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego/nauczania indywidualnego (w koniecznych przypadkach);
6. inne dokumenty uzasadniające

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

1. dowód osobisty;
2. w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – dokument potwierdzający pełnienie funkcji opiekuna prawnego;
3. 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 WŁAŚCIELA 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 |
|-------------|------|--------------------------|
| | | |