

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
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
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

Nazwa pola	Wartość
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:

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:	

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:	

☐ W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – Dane dodatkowe

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

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, wynosił: zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - 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

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. W przypadku osób uczących się lub studiujących aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki		
4. W przypadku pobierania nauki w ramach toku indywidualnego nauczania lub kształcenia specjalnego należy dostarczyć zaświadczenie wydane przez odpowiedni organ o takiej konieczności		
5. Zaświadczenia z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, logopedy, psychologa, pedagoga szkolnego lub nauczyciela wspomagającego (w zależności od niepełnosprawności i możliwości rehabilitacji dziecka) o potrzebach dziecka i możliwości rozwoju, rehabilitacji, poprzez korzystanie z wnioskowanego sprzętu		

6. 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		
7. 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 wniosku należy dołączyć kserokopię – oryginał do wglądu)		
8. Kosztorys ofertowy np. faktura pro-forma, oferta cenowa		

Informacje dot. danych osobowych

**w sytuacji ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON w tym:
Aktywny Samorząd; Likwidacja barier: architektonicznych, komunikacyjnych, technicznych;
Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze; Turnusy Rehabilitacyjne; Sprzęt
Rehabilitacyjny; Sport, kultura, rekreacja i turystyka; Tłumacz języka migowego**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO informujemy, iż:

1. W związku z Pani/Pana wnioskiem o udzielenie dofinansowania do likwidacji barier funkcjonalnych ze środków PFRON mamy prawo przetwarzać dane osobowe Pani/Pana jak również Pani/Pana rodziny.
2. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kluczborku, której siedziba mieści się przy ul. Sienkiewicza 20B, 46-200 Kluczbork.
3. W jednostce powołano Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

KONTAKT DO INSPEKTORA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH:

Tel. 77 418 00 30, e-mail: dpo@pcprkluczbork.pl

4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest ustawa z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2018, poz. 511 ze zm.)
5. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON.
6. Odbiorcami danych osobowych będą: Starostwo Powiatowe w zakresie: imię i nazwisko, adres, kwota dofinansowania, nr konta bankowego, Komisja dokonująca oceny i wyboru wniosków do dofinansowań ze środków PFRON w zakresie: wiek, stan zdrowia, warunki mieszkaniowe, dochód.
7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z ustawy z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U z 2018, poz. 217 ze zm.) oraz rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy.
8. Przysługują Pani/Panu prawa: do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, do przenoszenia danych.
9. Jeśli uważasz, że przetwarzanie przez Centrum danych osobowych jest niezgodne z RODO, wówczas przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, który jest organem nadzorczym.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Jednak brak tych danych uniemożliwi podjęcie przez Centrum dalszych kroków w celu realizacji wniosku.

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższymi informacjami

.....
Data i podpis

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kluczborku

(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	Pieczętka i podpis lekarza
umiarkowanym	Pieczętka i podpis lekarza
lekkim	Pieczętka i podpis lekarza

Sprawność kończyn:

górných		dolnych	
Pełna	Pieczętka i podpis lekarza	Pełna	Pieczętka i podpis lekarza
częściowo ograniczona	Pieczętka i podpis lekarza	częściowo ograniczona	Pieczętka i podpis lekarza
całkowicie niesprawna	Pieczętka i podpis lekarza	całkowicie niesprawna	Pieczętka i podpis lekarza

Osoba porusza się:

samodzielnie	Pieczętka i podpis lekarza
z częściową pomocą	Pieczętka i podpis lekarza
za pomocą kul, balkoniku, protezy lub innych środków pomocniczych*	Pieczętka i podpis lekarza
na wózku inwalidzkim	Pieczętka i podpis lekarza
jest osoba leżącą	Pieczętka i podpis lekarza

Inna przyczyna niepełnosprawności (choroby współistniejące):

osoba głuchoniema lub niedosłyszająca	Pieczętka i podpis lekarza
	Pieczętka i podpis lekarza
	Pieczętka i podpis lekarza

Informacje uzupełniające:

.....

.....

.....

* odpowiednie podkreślić

**** bariery w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.**