

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

ROLA WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|------------------------------|--|
| Wnioskodawca składa wniosek: | |
| Postanowieniem Sądu: | |
| Z dnia: | |
| Sygnatura akt: | |
| Imię i nazwisko notariusza: | |
| Repertorium nr: | |
| Zakres pełnomocnictwa: | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne |

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|-----------------|---|
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|----------------------|--|
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|---------------|-----------------|
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|-----------------|---|
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|----------------------|--|
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|--|---|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Stopień niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest: | <input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: |
| Numer orzeczenia: | |
| Grupa inwalidzka: | <input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Niezdolność: | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |

| | |
|--|--|
| Rodzaj niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 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: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy): | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 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

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

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 | Do uzupełnienia |
|---|-----------------|
| 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: | |

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 95% kosztów realizacji zadania.

Przewidywany koszt realizacji zadania nie powinien być większy niż suma kwoty wnioskowanej, deklarowanych środków własnych oraz innych źródeł finansowania.

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

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

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|-------------------------------------|-----------------|
| 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

Uprowadzony/uprowadzona 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.

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

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|-----|------|
| | |

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|-----|------|
| | |

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

| | Lista |
|-----------|---|
| 1. | Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne |
| 2. | Zaświadczenie lekarskie |
| 3. | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych |
| 4. | Zgoda właściciela rachunku bankowego na przetwarzanie danych osobowych |
| 5. | Kosztorys/faktura proforma |
| 6. | Upoważnienie/pełnomocnictwo/kuratela |
| 7. | Informacja wnioskodawcy o źródłach finansowania zadania |
| 8. | Informacja o rozpatrzeniu wniosku |

.....
miejsce na pieczętkę zakładu

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY
O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PCPR
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

pacjenta.....

data urodzenia.....

adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....

.....

2. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....

.....

3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, sprzęt rehabilitacyjny.....

.....

4. Konieczność stosowania.....

(nazwa urzędnika)

5. Uzasadnienie potrzeby wynikającej z niepełnosprawności stosowania wskazanego we
wniosku sprzętu, w celu **likwidacji barier w komunikowaniu się**.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

Oświadczam, że:

- powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych¹,
- o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować PCPR w ciągu 14 dni;
- nie ubiegam, nie ubiegałam/ubiegałem się o dofinansowanie ze środków PFRON na cel, którego dotyczy niniejszy wniosek za pośrednictwem innego samorządu powiatowego;
- nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON;
- warunki zawartych z PFRON umów, w ciągu 3 lat poprzedzających złożenie wniosku, zostały dotrzymane (jeżeli zawierane były jakieś umowy).

Data:

.....

(podpis Wnioskodawcy)

**KLAUZULA INFORMACYJNA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE
W ZAKOPANEM**

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest udzielona dobrowolnie na podstawie art. 6 ust. 1 lit a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a. 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, dalej RODO).

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5 moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, nr PESEL, daty urodzenia, płci, adresu zamieszkania, numeru telefonu, adresu e-mail, informacji zdrowotnych dotyczących mojej niepełnosprawności oraz danych rachunku bankowego.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane, reprezentowane przez Dyrektora Renatę Zielińską.
2. **W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem został powołany Inspektor Ochrony Danych, z którym można kontaktować się telefonicznie: 799 186 893 oraz mailowo: randal999@wp.pl.**
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań urzędu z zakresu rehabilitacji społecznej.
4. W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązane jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem;
 - sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
 - ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;
5. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Potwierdzam otrzymanie od Administratora Danych osobowych załącznika informacyjnego zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO, z którym się zapoznałam/em i przyjąłam/em do wiadomości.

Data:

.....

(podpis Wnioskodawcy)

**KLAUZULA INFORMACYJNA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE
W ZAKOPANEM
DLA OSOBY UDOSTĘPNIAJĄCEJ RACHUNEK BANKOWY**

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest udzielona dobrowolnie na podstawie art. 6 ust. 1 lit a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a. 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, dalej RODO).

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5 moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska oraz danych rachunku bankowego.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane, reprezentowane przez Dyrektora Renatę Zielińską.
2. **W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem został powołany Inspektor Ochrony Danych, z którym można kontaktować się telefonicznie: 799 186 893 oraz mailowo: randal999@wp.pl.**
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań urzędu z zakresu rehabilitacji społecznej.
4. W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązane jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem;
 - sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
 - ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;
5. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
6. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.
8. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Potwierdzam otrzymanie od Administratora Danych osobowych załącznika informacyjnego zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO, z którym się zapoznałam/em i przyjąłam/em do wiadomości.

Data:

.....

(podpis właściciela rachunku bankowego)

.....

(miejscowość, data)

KOSZTORYS

(prosimy wypełniać czytelnie)

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

adres zamieszkania

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania:

| Lp. | Nazwa urządzenia | typ urządzenia | Ilość | cena jednostkowa | wartość |
|-----|------------------|----------------|-------|------------------|---------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

.....

(pieczęć i podpis sprzedawcy)

INFORMACJA WNIOSKODAWCY O ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA ZADANIA

Informuję, że pozostała do zapłaty za urządzenie/wykonanie usługi kwota będzie finansowana z:

1. posiadanych przeze mnie środków własnych w wysokości zł

(słownie: zł)

2. środków uzyskanych od sponsora w wysokości zł

(słownie: zł)

3. środków uzyskanych z OPS w wysokości zł

(słownie: zł)

4. z innych źródeł: jakich? jaka kwota?.....

.....
.....

co potwierdzam* odpowiednimi dokumentami (decyzje, zaświadczenia,
pisemne informacje)

.....

(data)

.....

(podpis Wnioskodawcy)

* - dotyczy punktów 2-4

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

.....

.....

.....

Oświadczenie

Oświadczam, że zostałam poinformowana(y), iż mój wniosek o dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu się zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i ich podziale przez Radę Powiatu Tatrzańskiego.

.....