

Nr akt: ON-6032/...../2021

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH KOSZTÓW
OLIKWIDACJI BARIER
 TECHNICZNYCH **W KOMUNIKOWANIU SIĘ**

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:

1. Imię i nazwisko
- Data urodzenia:
2. Adres zamieszkania:
miejscowość ul.nr domu/lokalu
kod - poczta
3. Numer telefonu:
4. Dowód osobisty: seria numer
- wydany przez
- w dniu.....ważny do dnia.....
5. PESEL:
6. Numer konta bankowego:
- Nazwa banku:
7. W przypadku, gdy osobą niepełnosprawną, której dotyczy wniosek jest dziecko w wieku do 18 lat, należy podać:

Imię i nazwisko dziecka:
- Datę urodzenia dziecka:PESEL.....

8. Oświadczenie wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku ⁽¹⁾
Wnioskodawca	/	
pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:		
RAZEM:		

a przeciętny miesięczny dochód na jednego członka rodziny wynosi zł.

9. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku:

czy korzystał/a Pan/Pani ze środków PFRON?
jeśli tak, proszę określić:

cel dofinansowania	data i numer umowy	kwota przyznanego dofinansowania	Kwota rozliczona

II. Informacje dotyczące przedmiotu wniosku:

1. Przedmiot wniosku:

lp.	Nazwa urządzenia lub rodzaj usługi	ilość sztuk	orientacyjna cena
Łączny przewidywany koszt zakupu urządzeń:			

2. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON zł
(słownie: zł)

[wysokość dofinansowania kosztu likwidacji barier wynosi do 80% kosztu realizacji zadania, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Dofinansowanie nie obejmuje kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy ze Starostą]

3. Miejsce realizacji zadania (instalacji urządzenia/wykonania usługi):

miejscowość ul. nr domu/lokalu

4. Termin realizacji zadania:

Termin rozpoczęcia

przewidywany czas realizacji zadania.....

5. 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 ich finansowania:

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

6. Uzasadnienie, wynikającej z niepełnosprawności, potrzeby zakupu urządzenia lub wykonania usługi:

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

Oświadczam, że:

- podane informacje są zgodne z prawdą, oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych ⁽²⁾
- o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni,
- nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON,
- warunki zawartych z PFRON umów, w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku, zostały dotrzymane (jeżeli zawierane były jakieś umowy),
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz.1781) ⁽³⁾

Data:
.....
(podpis Wnioskodawcy)

Oświadczam, że:

- podane informacje we wniosku i w załącznikach są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych²
- **o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni,**
- warunki zawartych z PFRON umów, w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku, zostały dotrzymane (jeżeli zawierane były jakieś umowy),

Data:
.....
(**podpis** Wnioskodawcy lub przedstawiciela
ustawowego lub opiekuna prawnego, pełnomocnika)

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 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 oraz zgodnie z art. 158 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U.2019 r. poz. 1781) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane.
2. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań urzędu.
3. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
4. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
5. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem mają prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, zrządzenia zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, ul. Heleny Modrzejewskiej 5 moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, adresu zameldowania, daty urodzenia, nr PESEL, numeru telefonu oraz danych rachunku bankowego.

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).

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 lub przedstawiciela
ustawowego lub opiekuna prawnego, pełnomocnika)

(1) przeciętny miesięczny dochód – dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

(2) art. 233 § 1 kk „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie Ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

**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

.....
(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)

.....
miejsce na pieczętkę zakładu

.....
(miejscowość, 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 urządzenia)

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

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

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

DLA OSOBY UDOSTĘPNIAJĄCEJ NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 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 oraz zgodnie z art. 158 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U.2019 r. poz. 1781) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane.
2. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań urzędu.
3. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
4. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
5. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem mają prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, zrządzenia zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, ul. Heleny Modrzejewskiej 5 moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, adresu zameldowania, daty urodzenia, nr PESEL, serii i nr dowodu osobistego, numeru telefonu, danych osobowych podanych w dokumentach potwierdzających własność lokalu/budynku mieszkalnego oraz danych rachunku bankowego.

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).*

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 osoby wyrażającej zgodę)