

Nr akt: ON-6031-...../2021

**WNIOSEK  
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU  
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH KOSZTÓW  
LIKWIDACJI 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.....

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 (netto) obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (1)
<b>Wnioskodawca</b>	/	
pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:		
<b>RAZEM:</b>		

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
<b>Łączny przewidywany koszt zakupu urządzeń:</b>			

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 we wniosku i w załącznikach są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych<sup>2</sup>
- **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 )

#### **Załączniki:**

1. kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego ZUS, KIZ albo KRUS wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. ( oryginał do wglądu ),
2. kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności - w przypadku dzieci do lat 16 ( oryginał do wglądu ),
3. zaświadczenie wydane przez lekarza prowadzącego, zawierające szczegółowy opis schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności (wypełnione czytelnie w języku polskim),
4. informacja o źródłach finansowania zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON ( zał. nr 1 do wniosku ).
5. kosztorys (faktura pro forma) wystawiony na Wnioskodawcę zawierający informację o typie sprzętu i całkowitym koszcie jego zakupu ( zał. nr 2 do wniosku ),

---

(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 w komunikowaniu się**.....

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

.....  
(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 )