

Nr akt: ON-6032/...../2020

**WNIOSEK**  
**O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU**  
**REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH KOSZTÓW**  
**OLIKWIDACJI BARIER**  
**X 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: .....

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 <sup>(1)</sup>
<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 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,
- 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) <sup>(3)</sup>

Data: .....  
.....  
( podpis Wnioskodawcy )

**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”,
- (3) Na podstawie art.13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 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 informacji oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz. U. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 r). zwanego dalej RODO, informuję, że Administratorem danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań urzędu. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie przepisów prawa. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. 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. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.”

**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 )

**Załącznik nr 1 do formularza wniosku**

.....  
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)