



....Pieczęć PCPR.....

Data wpływu wniosku:

Nr kolejny wniosku:

.....

WNIOSEK

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

Wnioskodawca:

.....

imię i nazwisko

nr PESEL.....

zamieszkały(ła)....., ul., nr domu, nr lokalu

nr kodu pocztowego....., poczta....., tel.

Informacje o wnioskodawcy:

1. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik, właściwe pole proszę zaznaczyć stawiając „X”

Znaczny	
I grupa inwalidzka	
Osoba całkowicie niezdolna do pracy i do samodzielnej egzystencji	
Osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
Umiarkowany	
II grupa inwalidzka	
Osoba całkowicie niezdolna do pracy	
Lekki	
Inwalidzi III grupy	
Osoby stale i długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
Osoby częściowo niezdolne do pracy	
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności	

a/ Rodzaj niepełnosprawności

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. upośledzenie umysłowe	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
8. inny/jaki?.....	

Orzeczenie wydane:

na stałe

okresowo do

2. Uzasadnienie składanego wniosku (informacja wnioskodawcy o trudnościach związanych z codziennym funkcjonowaniem wynikających z ograniczonej sprawności narządu wzroku, słuchu, mowy lub innych deficytów).

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

3. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy

1. Zatrudniony/prowadzący* działalność gospodarczą	
Rodzaj wykonywanej pracy*: praca fizyczna <input type="checkbox"/> praca umysłowa <input type="checkbox"/>	
2. Młodzież w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się lub studiująca*	
3. Dzieci i młodzież do 18 lat*	
4. Rencista/emeryt*	
5. Bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy *	

*właściwe zakreślić

4. Oświadczenie o wysokości dochodów w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

- a) Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym
- b) Dochód netto Wnioskodawcy
- c) Dochody netto pozostałych osób wspólnie gospodarujących
- d) Łączny dochód netto w gospodarstwie domowym:**
- e) Dochód netto na jedną osobę**

5. Cel, na który zostanie przekazane dofinansowanie.....

.....
.....

6. Przewidywalny termin realizacji zadania

7. Wartość zadania.....zł.

8. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu do likwidacji barier w komunikowaniu się wysokości

(słownie,),

co nie może stanowić więcej niż 95% kwoty brutto zadania.

Informacje dodatkowe:

1. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku korzystałem(am)* ze środków PFRON na realizację zadania z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się na terenie powiatu wadowickiego lub innego:

TAK NIE

2. Oświadczam, że posiadam zobowiązań wobec PFRON:

TAK NIE

3. Oświadczam, że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku byłem (am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:

TAK NIE

4. Oświadczam, że **posiadam środki własne** w wysokości nie mniejszej niż **5%** kosztów zadania związanego z likwidacją barier:

TAK NIE

5. Oświadczam, że **posiadam środki finansowe z innych źródeł** na dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się w wysokości.....zł (słownie złotych.....)

TAK NIE

Udokumentowane źródło pochodzenia środków.....

6. Proszę o zwrot przyznanego dofinansowania na niżej podane konto bankowe:

Nazwa banku:

Numer rachunku: _ _ _ _ _ - - - - -

7. **Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie ze środków Funduszu nie obejmuje kosztów zakupu sprzętu oraz oprogramowania i prac związanych z realizacją zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.**

Oświadczam, że adres wskazany w niniejszym wniosku jest faktycznym adresem mojego zamieszkania. Oświadczam również, że aktualnie nie ubiegam się o takie dofinansowanie ze środków PFRON w innych powiatach.

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz., 1600, z późn. zm.) **oświadczam, że podane we wniosku informacje są prawdziwe**, o wszelkich zmianach zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

.....
Data i podpis wnioskodawcy

W przypadku, gdy Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie poweźmie wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, a w szczególności, co do wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, zwróci się do Wnioskodawcy o złożenie w wyznaczonym terminie (nie dłuższym niż 14 dni licząc od dnia otrzymania wezwania) wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

Zgodnie z /Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2002 w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. (t.j. Dz.U z 2015 r. poz. 926, z późn. zm.).

Dane personalne prawnego opiekuna (w tym przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej) lub osoby upoważnionej:

.....,
imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa / osoba niespokrewniona

nr PESEL.....,

zamieszkały(ła)....., ul., nr domu nr lokalu

nr kodu pocztowego....., poczta....., tel.

.....
Data i podpis opiekuna/osoby upoważnionej

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu).
2. Załącznik nr 1 – zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i trudnościach z niej wynikających.
3. Ofertę cenową wybranego sprzętu/oprogramowania.
4. Upoważnienie uprawniające do reprezentowania osoby niepełnosprawnej w PCPR w Wadowicach oraz informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą. (jeżeli dotyczy) Załącznik nr 2.
5. Dowód osobisty Wnioskodawcy oraz osoby upoważnionej do wglądu.

Dane zweryfikowano na podstawie dowodu osobistego

Data i podpis pracownika przyjmującego wniosek.....

Wniosek został sprawdzony pod względem formalnym i merytorycznym i stwierdzono jego kompletność, wszystkie załączniki są prawidłowo wypełnione i nie zawierają braków formalnych.

.....
Data i podpis pracownika

.....
miejsowość data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach
dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się
(proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL:

Adres zamieszkania.....

Data urodzenia.....

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej, wskazujący na zasadność dofinansowania sprzętu:

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

2. Opis niepełnosprawności zawierający informacje na temat trudności pacjenta w porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji:

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

3. Zalecany sprzęt celem likwidacji bariery w komunikowaniu się:

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

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą
DLA WNIOSKODAWCY**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach, z siedzibą 34-100 Wadowice ul. Mickiewicza 15;
- 2) w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach został powołany Inspektor Ochrony Danych Osobowych. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych: iodpcpr@pcpr-wadowice.pl, tel. 33 8709010;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 roku w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, na podstawie art. 6, ust. 1, lit. c) – czyli przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego, ciążącego na administratorze oraz z lit. e) – przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust 2 pkt b w zw. z pkt c i d – przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie: PFRON, ośrodki pomocy społecznej – w razie konieczności, świadczeniodawca realizujący zlecenie – w razie konieczności, organy administracji publicznej w granicach ich działalności; obsługa informatyczna, radca prawny, firma świadcząca usługi hostingu poczty elektronicznej w zakresie prowadzonej korespondencji elektronicznej;
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym w PCPR „Jednolitym rzeczowym wykazem akt”;
- 6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu;
- 7) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.;
- 8) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania. Jest Pan/Pani zobowiązany/a do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania.
- 9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą
DLA OSOBY UPOWAŻNIONEJ/KURATORA/PEŁNOMOCNIKA**

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i ust. 2 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) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach, z siedzibą 34-100 Wadowice ul. Mickiewicza 15;
- 2) w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach został powołany Inspektor Ochrony Danych Osobowych. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych: iodpcpr@pcpr-wadowice.pl, tel. 33 8709010;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez PFRON w celu realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, na podstawie art. 6, ust. 1, lit. c) tj. przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego, ciążącego na administratorze oraz z lit. e) tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 pkt b w zw. z pkt c i d – przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie: PFRON, ośrodki pomocy społecznej – w razie konieczności, organy administracji publicznej w granicach ich działalności, obsługa informatyczna, inspektor nadzoru inwestycyjnego, radca prawny, członkowie Komisji opiniujący wnioski o dofinansowania, firma świadcząca usługi hostingu poczty elektronicznej w zakresie prowadzonej korespondencji elektronicznej;
- 5) na podstawie prawnie uzasadnionego interesu przetwarzane są Pana/Pani następujące kategorie danych. Dane zwykle takie jak: imię i nazwisko, dane adresowe, PESEL;
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym w PCPR „Jednolitym rzeczowym wykazem akt”;
- 7) Źródłem pozyskania Pana/Pani danych osobowych jest osoba upoważniona/kurator/pełnomocnik;
- 8) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu;
- 9) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

.....
(miejscowość i data)

U P O W A Ź N I E N I E

Ja niżej podpisana (y):

....., numer PESEL,
(imię i nazwisko)

zam., ul., nr

kod, poczta

u p o w a Ź n i a m :

....., numer PESEL,
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa / osoba niespokrewniona)

zam., ul., nr

kod, poczta

do załatwienia **wszelkich formalności związanych z ubieganiem się** o udzielenie mi dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172, z późn. zm.) a realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach.

Upoważnienie zachowuje ważność do dnia 31.12.2022 r.

.....
(poświadczenie podpisu przez pracownika
właściwego organu administracji)

.....
(podpis osoby niepełnosprawnej)

.....
(podpis osoby upoważnionej)