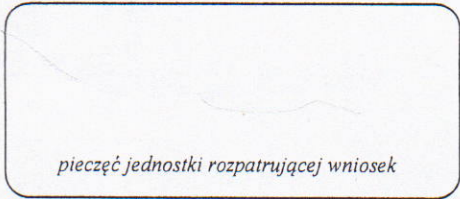


.....
numer kolejny wniosku



pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zakupu urządzeń (wraz z montażem*) lub wykonania usług* z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (proszę wypełniać drukowanymi literami)

.....syn/córka.....

imię i nazwisko

imię ojca

seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....

dowód osobisty

nr PESEL

miejscowość ulica nr domunr lokalu

dokładny adres

nr kodu.....poczta powiat

województwo nr tel./ faxu (z nr kier.)

Nazwa banku i numer rachunku bankowego.....

Proszę o dofinansowanie

należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik¹

1. znaczny	
▪ inwalidzi I grupy	
▪ osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji.	
▪ osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
▪ osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny.	
2. umiarkowany,	
▪ inwalidzi II grupy,	
▪ osoby całkowicie niezdolne do pracy	
▪ inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
▪ pozostali inwalidzi III grupy	
▪ osoby częściowo niezdolne do pracy,	
▪ osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

1 - wstawić X we właściwej rubryce

II. Rodzaj niepełnosprawności¹

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim: wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

III. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko pokrewieństwo/powinowactwo	Niepełnosprawność (2)		Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony z kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
	stopień	rodzaj	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

IV. Sytuacja zawodowa¹

1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy*	
4. rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

V. Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi : zł.

VI. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku) w tym poprzez oddziały terenowe PFRON ¹ TAK NIE

Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia (kwota do zwrotu)

VII. Cel likwidacji bariery w komunikowaniu się i technicznej

(Prosimy o wyczerpujące informacje. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VIII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

IX. Miejsce realizacji zadania

X. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek

XI. Koszt zadania

Przewidywany koszt ogólny (wynikający z załączonych ofert cenowych / kosztorysów)	
Cyframi:	zł.
Słownie:	zł.
Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania	
Cyframi:	zł. (do 95% kosztów przedsięwzięcia)
Słownie:	zł.
Deklarowane środki własne:	
Cyframi:	zł. (co najmniej 5% kosztu ogólnego)
Słownie:	zł.
Inne źródła finansowania	
.....	
.....	

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK

..... syn/córka

imię imiona i nazwiska *imię ojca*

seria nr..... wydany w dniu..... przez.....

dowód osobisty

nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

dokładny adres

nr kodu poczta powiat

województwo nr tel./ faxu (z nr. kier.)

ustanowiony opiekunem* / pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu rejonowego z dnia sygn akt / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn..... repet nr).

- (1) proszę wstawić X we właściwej rubryce
(2) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe
* właściwe podkreślić

Oświadczenia

Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem, bądź ceną zakupu materiałów budowlanych oraz innych materiałów i kosztem wykonania usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu.

Oświadczam, że nie uzyskałem/am w ciągu poprzednich 3 lat dofinansowania ze źródeł PFRON na cel określony we wniosku (w przypadku likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych).

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej i nie będę ubiegał się w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).

Uprzedzona/ny o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1987 ze zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy ze środków Funduszu.

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

Załączniki do wniosku :

1. Kopia orzeczenia o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 ze zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art.62 ust.3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (jeśli dotyczy).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie lekarza specjalisty, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i szczegółową informację, że wykonanie wnioskowanych prac lub zakup wnioskowanych materiałów, urządzeń umożliwi lub ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.
4. Zaświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
5. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
6. Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania.
7. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują.
8. Inne wymagane przez PCPR (np. oferta cenowa, kosztorys itd.)
9. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana

.....
(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

(2) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe

* właściwe podkreślić

Adnotacje przyjmującego wniosek

I. Ocena zasadności wniosku

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

II. Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych

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

.....
(data)

.....
.....
(podpisy)

II. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(data i podpis)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w postaci: imię, nazwisko, numer i seria dowodu osobistego, adres zamieszkania, PESEL, data i miejsce urodzenia, informacje o stanie zdrowia i rodziny, , numer rachunku bankowego) oraz na administrowanie moimi danymi osobowymi zgodnie z *Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy - w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej, ul. Wrocławska 2, 55-300 Środa Śląska*, w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych, barier technicznych i barier w komunikowaniu się zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Zatrudnianiu Osób Niepełnosprawnych

.....

podpis wnioskodawcy/lub opiekuna prawnego

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO), informujemy, iż:

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej, ul. Wrocławska 2, 55-300 Środa Śląska;
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem e-mail: rodo.hr.consulting@gmail.com lub adresem do korespondencji jest adres administratora.
- 3) celem przetwarzania danych jest realizacja obowiązków wynikających z przepisów prawa - art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- 4) dane udostępnione przez Państwa będą podlegały udostępnieniu podmiotom wykonującym na rzecz administratora zadań z PFRON-u i mogą zostać udostępniane tylko organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
- 5) administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów dotyczących archiwizacji;
- 7) przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Państwa danych osobowych oraz danych Państwa dzieci narusza przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO).
Organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
- 9) dane udostępnione przez Państwa nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....

podpis wnioskodawcy/lub opiekuna prawnego