

.....
Pieczęćka wpływu PCPR

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier: technicznych, w komunikowaniu się.

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

ORZECZENIE: czasowe do dnia, na stałe

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY (osoba niepełnosprawna)

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

PESEL

Adres zamieszkania: ul.nr domum.

kod pocztowy..... MiejscowośćGmina.....

Powiat..... tel..... e-mail.....

Adres korespondencyjny (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania):

.....

II.DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/ OPIEKUNA PRAWNEGO /PEŁNOMOCNIKA
(wypełnić, jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej, ubezwłasnowolnionej itp.)

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

PESEL

Adres zamieszkania (wypełnić jeżeli jest inny niż u Wnioskodawcy) :

.....

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....syg. akt

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia.....Repet. Nr.....

III. Nazwa banku i numer konta bankowego Wnioskodawcy/ przekaz pocztowy (w przypadku osoby małoletniej - opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika) * właściwe podkreślić

Numer rachunku bankowego	
Nazwa banku	

IV. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. znaczny	
• Inwalidzi I grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• Osoby w wieku do 16 lat (przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), posiadające orzeczenie lub którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
• Inwalidzi II grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki	
• Inwalidzi III grupy	
• Osoby częściowo niezdolne do pracy	
• Osoby stale albo częściowo niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

V. Rodzaj niepełnosprawności

(wstaw X we właściwej rubryce)

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 narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. choroby psychiczne	
7. inny/ jaki ?	

VI. Wniosek składam na powyższe zadanie:*(wstaw X we właściwej rubryce)*

1. po raz pierwszy	
2. po raz drugi i kolejny i nie otrzymał dofinansowania	
3. po raz drugi i kolejny i otrzymał dofinansowanie	

VII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*(wstaw X we właściwej rubryce)*

	TAK korzystano			NIE korzystano	Sprawdzenie zgodności danych <i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>
	rok	Nr umowy	kwota		
na likwidację barier architektonicznych					
na likwidację barier technicznych					
na likwidację barier w komunikowaniu					
na uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym					
na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych					
na zakup sprzętu rehabilitacyjnego					
na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika					
Z programu Aktywny samorząd					
				 podpis i pieczęć pracownika PCPR

VIII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i stan rozliczenia*(wstaw X we właściwej rubryce)*

1. korzystałam/em i rozliczyłam/em się	
2. korzystałam/em i jestem w trakcie rozliczenia	
3. korzystałam/em i nie rozliczyłam/em się	
4. nie korzystałam/em	

XI. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. samotnie	
2. wspólnie	
3. z osobami niepełnosprawnymi	

X . Sytuacja zawodowa

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież od 16 do 24 lat, 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 16 lat	

XI. Przedmiot/Cel dofinansowania

(proszę opisać zadanie na jaki przeznaczone zostanie dofinansowania oraz wskazać jakie bariery mają zostać zlikwidowane)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krótkie uzasadnienie wniosku

(należy wykazać, że realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem oraz, że jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Miejsce realizacji zadania (<i>adres zamieszkania</i>)	
Przewidywany koszt realizacji zadania	
Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania	
Udokumentowana informacja o innych źródłach zadania	
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu	
Informacja o nakładach dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek	

XII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą
(w tym osoby niepełnosprawne)

Lp.	Nazwisko i imię	wiek	pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód za kwartał (netto)**
				stopień	rodzaj	
1. wnioskodawca		Nie dotyczy			
2.	<p style="text-align: center;">UWAGA!</p> <p>Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać wyłącznie stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i ich dochód miesięczny.</p>					
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
RAZEM:						

** **Dochód za kwartał:** Należy podać sumę dochodów osiągniętych za kwartał poprzedzającym miesiąc składania wniosku. Dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych po odliczeniu alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że:

- ❖ Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- ❖ Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
- ❖ **Przeciętny miesięczny dochód (netto) rodziny** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **podzielony przez liczbę..... osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, wyniósł zł.
- ❖ Posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania. **Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że maksymalna wysokość dofinansowania ze środków PFRON wynosi do 95 % kosztów uznanych przez PCPR,**
- ❖ *(Dotyczy likwidacji barier w komunikowaniu się)* Posiadam dostęp do Internetu w miejscu zamieszkania zgodnie z umową Nr z dniaważną do.....
- ❖ *(Dotyczy likwidacji barier w komunikowaniu się)* Oświadczam, iż nie posiadam dostępu do Internetu oraz zobowiązuje się po otrzymaniu dofinansowania o dostarczenie dokumentu potwierdzającego korzystanie z usługi telekomunikacyjnej.
- ❖ Nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy /przedstawiciela
ustawowego/opiekuna prawnego /pełnomocnika

** Właściwe podkreśl*

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 - orzeczenie o niepełnosprawności, w przypadku orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym - kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego,
2. kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekuna prawnego,
3. dokumenty potwierdzające finansowanie zadania z innych źródeł – w przypadku, gdy takie występują,
4. proforma faktury wnioskowanego sprzętu, urządzenia, wykonania usługi itp.

Oraz do wglądu :

- oryginały wymaganych dokumentów
- dowód osobisty wnioskodawcy/ opiekuna ustawowego

KLAUZULA INFORMACYJNA

dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

W celu realizacji obowiązku wynikającego z 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 (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

Administrator danych osobowych

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Legionów 78,05-200 Wołomin zwany dalej Administratorem.

Inspektor Ochrony Danych

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: sekretariat@pcprwołomin.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora Danych Osobowych.

Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Przetwarzanie Pana/i danych osobowych odbywa się

- a) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. a tj. udzielonej przez Pana/i zgody na udział w postępowaniu w sprawie ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- b) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj.:
 - Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 lutego 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2020 poz. 426)
 - Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2015 poz. 926)

Odbiorcy danych osobowych

Pani/a dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) Właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa, lub do czasu odwołania zgody.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Panu/i prawo żądania od Administratora danych osobowych dostępu do swoich danych osobowych, prawo do sprostowania (poprawienia), usunięcia danych jednakże z ograniczeniem tego prawa w myśl art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych (wstrzymania operacji na danych lub nieusuwania danych w zależności od złożonego wniosku), prawo do przenoszenia danych osobowych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego. W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się poprzez kanały komunikacji wskazane w pkt. Administrator danych osobowych

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

Zgoda

W przypadku, gdy wykorzystywane przez nas Państwa dane nie są konieczne do realizacji obowiązku prawnego lub nie stanowi Naszego prawnie uzasadnionego interesu przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, w zakresie w jakim Pana/i dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

Czy podanie danych jest obowiązkowe?

Przetwarzanie pozyskanych od Pana/i danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych uniemożliwi Panu/i dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pana/i dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zapoznałem/am się z jej treścią.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika)