

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Wojska Polskiego 78 26-700 Zwoleń	Data wpływu wniosku do PCPR, pieczęć PCPR i podpis pracownika	Nr wniosku/Nr sprawy DRS.704/.....202....
--	---	---

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

Część A – DANE WNIOSKODAWCY ⁽¹⁾

Wnioskodawca składa wniosek: w własnym imieniu jako rodzic/opiekun prawny/pełnomocnik

	I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	II. DANE PERSONALNE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY
Imię/imiona i nazwisko		
PESEL		
Data urodzenia		
Dokument tożsamości - seria, numer, data wydania - wydany przez		
Nr telefonu		
Adres e-mail		
ADRES ZAMIESZKANIA		
Miejscowość		
Ulica		
Nr domu/Nr lokalu		
Kod pocztowy/poczta		
ADRES DO KORESPONDENCJI⁽¹⁾		
<input type="checkbox"/> taki sam, jak adres zamieszkania		
<input type="checkbox"/> inny		

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI⁽¹⁾	
Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność <i>* dotyczy orzeczeń KRUS wydanych przed 1.01.1998r.</i>	<input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny* <input type="checkbox"/> osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym* <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie dotyczy
WAŻNOŚĆ ORZECZENIA	
Orzeczenie ważne	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> czasowo – do

(1) wstawić X we właściwej rubryce

Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02 -P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> poruszanie się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S- choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny	

IV. RODZAJ OGRANICZENIA SPRAWNOŚCI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ⁽¹⁾

Osoba niepełnosprawna ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> porusza się na wózku inwalidzkim <input type="checkbox"/> porusza się przy pomocy przedmiotów ortopedycznych innych niż wózek inwalidzki <input type="checkbox"/> nie porusza się samodzielnie – leżąca <input type="checkbox"/> porusza się bez pomocy przedmiotów ortopedycznych, posiada dysfunkcję narządu ruchu	<input type="checkbox"/> całkowicie niewidoma <input type="checkbox"/> niedowidząca <input type="checkbox"/> inne (jakie)
--------------------------------------	--	--

V. SYTUACJA ZAWODOWA⁽¹⁾

Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Osoba w wieku 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca <input type="checkbox"/> Bezrobotny poszukujący pracy	<input type="checkbox"/> Rencista poszukujący pracy <input type="checkbox"/> Rencista/emeryt niezainteresowany podjęciem pracy <input type="checkbox"/> Dzieci i młodzież do lat 18 <input type="checkbox"/> Inne/ jakie?
----------------------------------	--	--

VI. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON⁽¹⁾

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (na podstawie umowy zawartej w okresie 3 lat przed złożeniem wniosku)	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
--	--

CEL WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Lp.	Cel dofinansowania	Numer umowy	Data zawarcia umowy (przynajmniej rok)	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia
1.					
2.					
3.					

VII. SYTUACJA MIESZKANIOWA⁽¹⁾

Sytuacja mieszkaniowa ⁽¹⁾	Osoba niepełnosprawna zamieszkuje	<input type="checkbox"/> samotnie <input type="checkbox"/> z rodziną <input type="checkbox"/> z osobami niespokrewnionymi
--------------------------------------	-----------------------------------	---

(1) wstawić X we właściwej rubryce

VIII. SYTUACJA MIESZKANIOWA (Opis budynku i mieszkania, w którym ma zostać zrealizowane zadanie)

1. dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*, inne*
2. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (proszę podać kondygnację)
3. przybliżony wiek budynku lub rok budowy
4. opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez wc*
5. łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
6. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
7. Inne informacje o warunkach mieszkaniowych

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

* właściwe zaznaczyć

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU⁽¹⁾

I. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:

.....
.....

II. Cel dofinansowania likwidacji barier architektonicznych (uzasadnienie wniosku – jakie występują trudności w poruszaniu się, na czym polega bariera architektoniczna i w jaki sposób likwidacja bariery wpłynie na wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem):

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

III. Przewidywany koszt realizacji zadania:

1. przewidywany koszt realizacji zadania (100%) zł
słownie:
2. kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: zł
słownie:
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania
3. deklarowane środki własne (min. 5%): zł
lub inne źródła finansowania: zł
co stanowi łącznie % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania

IV. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier architektonicznych (wykaz planowanych prac budowlanych likwidujących wszelkie utrudnienia w budynku, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania, uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobie niepełnosprawnej):

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

- 1) Nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- 2) 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.
- 3) Posiadam środki własne nieobjęte wnioskowanym dofinansowaniem ze środków PFRON na realizację zadania.
- 4) Dane zawarte we wniosku i załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
- 5) Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowaniu ze środków PFRON.
- 6) **O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu, ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwoleń dla potrzeb wynikających z realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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), Dz. Urz. UE L 119 z dn. 04.05.2016 r., s.1.
- Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Zostałem/łam poinformowany/a o prawach wynikających z art. 15-21 ww. Rozporządzenia.

.....
(miejscowość, data)

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

ZAŁĄCZNIKI

Do I etapu

1. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Kopia dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej, w przypadku składania wniosku przez opiekuna prawnego lub pełnomocnika (oryginał do wglądu).
3. Kopie aktualnych orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z osobą niepełnosprawną, której dotyczy wnioski (w przypadku takich osób).
4. Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, ważne do końca roku kalendarzowego, w którym zostało wystawione (Załącznik)
5. Zaświadczenie/oświadczenie o dochodach netto Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej) i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.
6. Kopia aktualnych dokumentów potwierdzających tytuł prawny do lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych - aktualny odpis z księgi wieczystej oraz wypis z kartoteki budynków lub akt notarialny
7. Zgoda właściciela lokalu lub budynku na wykonanie prac związanych z likwidacją barier architektonicznych.
8. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania, w przypadku częściowego finansowania zadania z innych źródeł.
9. Szkic budynku/pomieszczenia, w którym planowana jest likwidacja barier architektonicznych – stan „PRZED” i „PO” – podpisany przez Wnioskodawcę.
10. Kosztorys – podpisany przez Wnioskodawcę.
11. W uzasadnionych przypadkach inne dokumenty niezbędne w celu realizacji wniosku.

Do II etapu

1. Aktualny projekt i kosztorys - – podpisany przez Wnioskodawcę.
2. Projekt budowlany (w koniecznych przypadkach).
3. Pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
4. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego – o ile dotyczy.
5. Inne dokumenty

UWAGA: PCPR w Zwoleniu ma możliwość wezwać Wnioskodawcę w celu okazania oryginału dokumentu.

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu (ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwolen, telefon kontaktowy: 48 6763623).**
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
- 4) Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – zwanymi dalej łącznie aktami prawnymi. Podstawą przetwarzania danych jest również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tj. wyrażona przez Państwa zgoda dla kategorii danych osobowych podanych dobrowolnie, to znaczy innych niż wymaganych przepisami prawa dla realizacji świadczenia.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres związany z realizacją dofinansowania a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji PCPR.
- 6) Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
- 7) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.
- 8) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
 - e) w przypadku zgody przysługuje prawo jej wycofania.
- 9) Podanie przez Państwa danych osobowych wymaganych dla realizacji świadczenia na podstawie aktów prawnych wskazanych w pkt. 4 jest obowiązkowe – nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Brak przekazania przez Państwa danych osobowych oznaczonych jako dobrowolne pozostaje bez wpływu na rozpatrzenie złożonego wniosku.
- 10) Państwa dane zostaną przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez PCPR umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją przysługujących Państwu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w tym do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Wypełnia PCPR

Adnotacje przyjmującego wniosek

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

.....
(data i podpis)

Wyniki rozpatrzenia wniosku (Opinia Komisji ds. oceny wniosków o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych)

Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum)

1. złe		2. przeciętne		3. dobre		4. bardzo dobre	
--------	--	---------------	--	----------	--	-----------------	--

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

.....
(data i podpisy)

Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
Podpis i pieczęć Kierownika PCPR

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia*

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i Nazwisko

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

2. Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu

w zakresie:

.....

Informacje uzupełniające (rokowania):

.....

3. Inne schorzenia:

.....

4. Używane przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny:

.....

4. Sprawność osoby niepełnosprawnej (odpowiednie zaznaczyć):

kończyn górnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

kończyn dolnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

osoba porusza się:

- samodzielnie
- z pomocą 1 kuli łokciowej
- z pomocą 2 kul łokciowych
- w pomocą chodzika
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą
- inne:

osoba posiada:

- protezę kończyn górnych (jednostronna, obustronna)
- protezę kończyn dolnych (jednostronna, obustronna)

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Data

**Zgoda właściciela lokalu / budynku mieszkalnego
Na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby
niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach złożonego wniosku
odnośnie likwidacji barier architektonicznych**

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko Właściciela/Współwłaściciela)

zamieszkały/a w

(pełny adres)

legitymujący/a się dowodem osobistym seria nr, wydanym w dniu

przez

numer PESEL

będąc właścicielem lokalu /budynku mieszkalnego znajdującego się w

(pełny adres)

.....
wyrażam zgodę na likwidację barier architektonicznych polegających na przystosowaniu lokalu/budynku
mieszkalnego w zakresie przedstawionym we wniosku, dla potrzeb Pana/Pana:

.....

(imię i nazwisko)

będącej/będącego w stosunku do mnie

(stopień pokrewieństwa)

który/a to stale zamieszkuje pod powyższym adresem.

Oświadczam ponadto, iż wyrażam zgodę na dożywotnie korzystanie z przystosowanego lokalu/budynku przez w/w osobę niepełnosprawną.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w tym dokumencie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu, ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwolen dla potrzeb wynikających z realizacji zadania z dofinansowania ze środków PFRON zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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) Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04.05.2016 r., s. 1. Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Zostałem/łam poinformowany/a o prawach wynikających z art. 15-21 ww. Rozporządzenia.

Oświadczam, uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 ze zm.) „Kto składając zeznanie mające służyć jako za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat”, że powyższe dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym na dzień składania wniosku oraz jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
Data i podpis właściciela lokalu /budynku mieszkalnego

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu (ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwolen, telefon kontaktowy: 48 6763623).**
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
- 4) Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – zwanymi dalej łącznie aktami prawnymi. Podstawą przetwarzania danych jest również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tj. wyrażona przez Państwa zgoda dla kategorii danych osobowych podanych dobrowolnie, to znaczy innych niż wymaganych przepisami prawa dla realizacji świadczenia.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres związany z realizacją dofinansowania a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji PCPR.
- 6) Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
- 7) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.
- 8) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
 - e) w przypadku zgody przysługuje prawo jej wycofania.
- 9) Podanie przez Państwa danych osobowych wymaganych dla realizacji świadczenia na podstawie aktów prawnych wskazanych w pkt. 4 jest obowiązkowe – nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Brak przekazania przez Państwa danych osobowych oznaczonych jako dobrowolne pozostaje bez wpływu na rozpatrzenie złożonego wniosku.
- 10) Państwa dane zostaną przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez PCPR umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją przysługujących Państwu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w tym do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

W przypadku gdy Wnioskodawca nie składa wniosku osobiście, należy przedstawić pisemne oświadczenie Wnioskodawcy o upoważnieniu innej osoby do dostarczenia wniosku oraz do kontaktów z urzędem w jego sprawie.

..... 202... r.

(miejscowość)

(data)

O Ś W I A D C Z E N I E

.....

(Imię i Nazwisko Wnioskodawcy)

.....

.....

(adres zamieszkania)

Upoważniam Panią/Pana:

Imię/imiona i nazwisko,

PESEL,

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL),

Numer telefonu,

Adres e-mail,

do dostarczenia do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu w moim imieniu wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej wraz z wymaganymi załącznikami oraz do zasięgnięcia informacji w ww. sprawie.

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu, ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwolen dla potrzeb wynikających z realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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), Dz. Urz. UE L 119 z dn. 04.05.2016 r., s.1.
- Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Zostałem/łam poinformowany/a o prawach wynikających z art. 15-21 ww. Rozporządzenia.

.....

czytelny podpis osoby upoważnionej

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu (ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwoleń, telefon kontaktowy: 48 6763623).**
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.
- 4) Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – zwanymi dalej łącznie aktami prawnymi. Podstawą przetwarzania danych jest również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tj. wyrażona przez Państwa zgoda dla kategorii danych osobowych podanych dobrowolnie, to znaczy innych niż wymaganych przepisami prawa dla realizacji świadczenia.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres związany z realizacją dofinansowania a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji PCPR.
- 6) Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.
- 7) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.
- 8) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
 - e) w przypadku zgody przysługuje prawo jej wycofania.
- 9) Podanie przez Państwa danych osobowych wymaganych dla realizacji świadczenia na podstawie aktów prawnych wskazanych w pkt. 4 jest obowiązkowe – nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Brak przekazania przez Państwa danych osobowych oznaczonych jako dobrowolne pozostaje bez wpływu na rozpatrzenie złożonego wniosku.
- 10) Państwa dane zostaną przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez PCPR umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją przysługujących Państwu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w tym do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.