

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.703/.....202...
--	---	--

Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier w komunikowaniu się/barier technicznych

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. 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?
----------------------------------	--	--

V. SYTUACJA MIESZKANIOWA⁽¹⁾

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

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.					

(1) wstawić X we właściwej rubryce

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU⁽¹⁾

I. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania (należy podać nazwę urzędnienia/sprzętu):

.....

II. Cel dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się/technicznych (uzasadnienie wniosku – jakie występują ograniczenia w komunikowaniu się/techniczne i w jaki sposób zakup wnioskowanego sprzętu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji):

.....

kwotą dofinansowania.

- Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz.U. z 2020 r., poz. 1444, z późn. zm.) oświadczam, że:
 - 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 zobowiązuje 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

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. Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (Załącznik)
4. Oferta cenowa na potwierdzająca planowany koszt zakupu wnioskowanego sprzętu/urządzenia.
5. Zaświadczenie/oświadczenie o dochodach netto Wnioskodawcy i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.
6. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania, w przypadku częściowego finansowania zadania z innych źródeł.
7. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.
8. W uzasadnionych przypadkach inne dokumenty niezbędne w celu realizacji wniosku.

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

Wypełnia PCPR

Adnotacje przyjmującego wniosek

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

.....

(data i podpis)

Wyniki rozpatrzenia wniosku (Opinia Komisji ds. oceny wniosków o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych)

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

.....

(data i podpisy)

Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....

Podpis i pieczęć Kierownika PCPR

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 w komunikowaniu się/barier technicznych.
- 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.

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia*

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i Nazwisko

Data i miejsce urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Rodzaj schorzeń utrudniających lub uniemożliwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub swobodne porozumiewanie się i/ lub przekazywanie informacji

.....
.....

3. Sprawność osoby niepełnosprawnej:

kończyn górnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

kończyn dolnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

osoba porusza się:

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą

4. Rodzaj sprzętu umożliwiającego osobie niepełnosprawnej likwidację barier w komunikowaniu się lub technicznych:

.....
.....

5. Uzasadnienie celowości likwidacji barier w komunikowaniu się lub technicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:

.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu;
zaświadczenie jest ważne do końca roku kalendarzowego w którym zostało wystawione

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.

(miejsowość)

(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 w komunikowaniu się/barier technicznych 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

O BOWIĄZEK 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 w komunikowaniu się/barier technicznych.
- 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.