

...../...../.....
numer kolejny wniosku/powiat/rok złożenia wniosku

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

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

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się dla osoby niepełnosprawnej

A. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

.....syn/córka.....
nazwisko i imię/imiona imię ojca

data urodzenia nr PESEL nr tel

nr kodu-..... poczta województwo/powiat/
dokładny adres

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Proszę o dofinansowanie
należy podać nazwę urzędnika (ewentualny montaż), rodzaj usługi

.....
.....

Miejsce realizacji zadania

Przewidywany koszt realizacji zadania.....zł.

Termin rozpoczęcia.....

Przewidywany czas realizacji zadania ⁽¹⁾: 1 miesiąc 2 miesiące 3 miesiące inny.....

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego
miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z dotychczasowymi źródłami finansowania:

cyfrą: (słownie: zł)

.....

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania wynosi.....zł.

(słownie:

co stanowi% ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

.....
(1) wstaw x we właściwej rubryce

W przypadku otrzymania dofinansowania zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem* kosztem wykonania usługi*, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informacje o Wnioskodawcy

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik⁽¹⁾

1.	znaczny	
•	inwalidzi I grupy,	
•	osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
•	osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny (orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998r.)	
•	osoby w wieku do lat 16, zaliczone do osób niepełnosprawnych, 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 o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998r.)	

II. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

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	
5.	dysfunkcja narządu mowy	
6.	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7.	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

III. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

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

(1) wstaw x we właściwej rubryce
* niepotrzebne skreślić

IV. Osoby niepełnosprawne pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą

Lp	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą (nie należy wpisywać imion i nazwisk osób)	Rok urodzenia	Stopień i rodzaj niepełnosprawności	
			stopień ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Czy wnioskodawca korzystał (w ciągu ostatnich 3 lat licząc od roku poprzedzającego rok złożenia wniosku) ze środków PFRON:				
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>				
- w ramach likwidacji barier technicznych:				
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>				
- w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się:				
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>				
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz/ lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc – przedmiot dofinansowania)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona

VI. Deklarowany udział własny wnioskodawcy i/lub sponsora

Źródła finansowania zadania : we własnym zakresie inne (jakie?)

1. deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania - ponad obowiązkowe 5%	%
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%

VII. Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach

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

(1) wstaw x we właściwej rubryce
 (2) wstaw właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli I.
 (3) wstaw właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli II.
 * niepotrzebne skreślić

*

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Upředzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok bieżący przez Radę Powiatu Mińskiego.

Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim.

*

.....
czytelny podpis

Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego /pełnomocnika*

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

.....syn/córka.....
nazwisko i imię/imiona imię ojca

data urodzenia nr PESEL nr tel

nr kodu-..... poczta województwo/powiat/
dokładny adres

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ... sygn. akt*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ... z dn. ... repert. nr ...)

Załączniki do wniosku:

- kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub w przypadku dziecka kopię orzeczenia o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych,
- aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające, że likwidacja barier uzasadniona jest potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności, (załącznik nr 1)
- oferta cenowa lub kosztorys na zakup urządzenia, (ewentualny montaż), rodzaj usługi,
- kopia dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. jako: opiekun prawny, pełnomocnik)
- w przypadku dziecka pismo ze szkoły/placówki/institucji popierające złożony wniosek, (załącznik nieobowiązkowy)

oraz do wglądu :

- dowód osobisty wnioskodawcy,

.....
* niepotrzebne skreślić

B. Adnotacje przyjmującego wniosek (wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie)

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

I. Ocena zasadności wniosku

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

.....
(data i podpis)

II. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(data i podpis)

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

DOTYCZĄCE ZASADNOŚCI LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH I W KOMUNIKOWANIU SIĘ

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres.....

Rodzaj schorzenia:

.....

.....

Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:.....

.....

.....

Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:.....

.....

Pacjent wymaga likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się.

Zalecany sprzęt/urządzenie stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności:.....

.....

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się :.....

.....

.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanym dalej Rozporządzenie RODO), informuję, iż:

1. Administratorem Pana/Pani oraz dziecka/podopiecznego/mocodawcy* danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim reprezentowane przez Dyrektora.
2. Adres: ul. Konstytucji 3 Maja 16, 05-300 Mińsk Mazowiecki
3. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: inspektor@pcpr-minsk maz.pl
4. Administrator danych osobowych przetwarza Pana/Pani oraz dziecka/podopiecznego/mocodawcy* dane w celu związanym z ubieganiem się i postępowaniem w sprawie dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, dofinansowaniu do likwidacji barier architektonicznych lub technicznych i komunikowaniu się z PFRON na podstawie przepisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON.
5. Podstawą przetwarzania Pana/Pani oraz dziecka/podopiecznego/mocodawcy* danych osobowych jest:
 - art.6 ust.1 lit. c, oraz art.6 ust 1 lit. e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanym dalej Rozporządzenie RODO),
 - art.6 ust.1 lit. b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanym dalej Rozporządzenie RODO),
 - w przypadku przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych art.9 ust.2 lit. b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanym dalej Rozporządzenie RODO),
 - art.6 ust.1 lit. a i art.9 ust.2 lit. a, jeżeli przetwarzanie danych osobowych następuje na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
6. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt 4 odbiorcami Pani/Pana oraz dziecka/podopiecznego/mocodawcy* danych osobowych mogą być:
 - 1) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
 - 2) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PCPR przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim reprezentowane przez Dyrektora
7. Pana/Pani oraz dziecka/podopiecznego/mocodawcy* dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.
8. Pana/Pani oraz dziecka/podopiecznego/mocodawcy* dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
9. Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do treści danych osobowych oraz danych dziecka/podopiecznego/mocodawcy* prawo do sprostowania w przypadku gdy są nieprawidłowe lub niekompletne, prawo do żądania usunięcia danych osobowych, jeżeli administrator nie ma już podstawy prawnej do ich przetwarzania lub dane nie są już niezbędne do celów przetwarzania, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu.
10. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody przysługuje Panu/Pani prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, na podstawie oświadczenia złożonego w formie pisemnej lub elektronicznej na adres e-mail: sekretariat@pcpr-minsk maz.pl.
11. Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przez cofnięciem, zgodnie z obowiązującym prawem.
12. W przypadku gdy Pan/Pani oraz dziecka/podopiecznego/mocodawcy* dane są przetwarzane niezgodnie z prawem ma Pan/Pani prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
13. Podanie danych jest niezbędne do realizacji celów wymienionych w pkt 4 klauzuli informacyjnej.

*niepotrzebne skreślić