

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pile, aleja Niepodległości 37
tel. 067- 349-12-08 lub 665-010-671

.....
/ numer kolejny wniosku/

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

/pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek/

W N I O S E K

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier w komunikowaniu się**

Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

..... syn*/córka*
imię ('imiona) i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESEL nr NIP

mięscowość ulica nr domu nr lokalu
dokładny adres

nr kodu poczta powiat

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

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

..... syn*/córka*
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nrPESEL nr NIP

mięscowość 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 dn. sygn. akt*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego*

przez Notariusza..... z dn. repety, nr

niepotrzebne skreślić*

1. Proszę o dofinansowanie zakupu

.....

.....

.....

/należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi/

2. Koszt całkowity realizacji zadania zł. brutto.....(słownie:)

3. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania z PFRON zł(słownie:.....)

co stanowi% w stosunku do kosztu całkowitego

4. Czy Wnioskodawca ma zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu, lub był stroną umowy rozwiązanej z przyczyny Wnioskodawcy: TAK* NIE*

.....

.....

5. Termin rozpoczęcia i czas realizacji zadania.....

.....

6. Miejsce realizacji zadania.....

7. Cel dofinansowania- krótkie uzasadnienie składanego wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Nazwa banku i numer rachunku bankowego.....

.....

9. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy lub sponsora

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania - ponad obowiązkowe 20%	%
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania / w przypadku korzystania dołączyć udokumentowaną dokumentację/	%

niepotrzebne skreślić*

10. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON

Wyszczególnienie	Numer umowy, data przyznania dofinansowania	kwota w zł.	Stan rozliczenia
1. na likwidację barier w komunikowaniu się			
2. korzystałem na inne cele ustawowe lub programy celowe jakie:			

11. Stopień niepełnosprawności

1. Znaczny,	
a) inwalidzi I grupy	
b) osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
d) osoby w wieku do lat 16	
2. Umiarkowany,	
a) inwalidzi II grupy	
b) osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
3. Lekki,	
a) inwalidzi III grupy,	
b) osoby częściowo niezdolne do pracy,	

l) wstawić X we właściwej rubryce

12. Rodzaj niepełnosprawności

1.	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak lub 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	

l) wstawić X we właściwej rubryce

13. Sytuacja zawodowa

1.	Zatrudniony* /prowadzący działalność gospodarczą*	
2.	Rencista*, emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
3.	Bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy*	
4.	Osoba w wieku od 16 do 25 lat /ucząca się*, studiująca *	
5.	Dzieci do lat 16	

*l) wstawić X we właściwej rubryce, niepotrzebne skreślić**

14. Dane informacyjne o Wnioskodawcy

a) wykształcenie	Zaznacz właściwe	b) rodzaj źródła utrzymania	zaznacz właściwe
1. niepełne podstawowe		1. wynagrodzenie za pracę	
2. podstawowe		2. przychody z działalności gospodarczej	
3. gimnazjalne		3. alimenty	
4. zawodowe		4. renta stała, emerytura	
5. średnie ogólnokształcące		5. renta okresowa	
6. średnie zawodowe		6. renta szkoleniowa	
7. policealne		7. zasiłek dla bezrobotnych	
8. wyższe licencjackie		8. zasiłek socjalny	
9. wyższe		9. stypendium	
10. podyplomowe		10. alimenty/inne	

l) wstawić X we właściwej rubryce

niepotrzebne skreślić*

Załączniki do wniosku:

1. Kopię 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. Nr 123, poz. 776 z późniejszymi zmianami).
2. Kopię orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku występowania takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności.
4. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
5. Udokumentowaną informację o własnych i innych źródłach finansowania zadania lub oświadczenie, że Wnioskodawca posiada własne środki finansowe na dopłatę udziału własnego.
6. Oferty cenowe sprzętu .
7. Inne dokumenty wymagane przez PCPR

-
-
-

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań zgodnie z art. 233 § 1 K.K., 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.**

.....
/miejscowość, data/

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

Oświadczam, że:

niepotrzebne skreślić*

O Ś W I A D C Z E N I E

Wnioskodawcy o dochodach do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się ze środków PFRON.

Ja niżej podpisany(a).....

zamieszkały(a).....

niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. Nr 228 poz. 2255 z 2003r. z późn. zmianami), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku,

wyniósł.....zł

Osoby we wspólnym gospodarstwie domowym	Imię, Nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Przeciętny dochód miesięczny
Składający oświadczenie			
1.			
2.			
3.			
4			
5			
6			
RAZEM			

Świadomy (a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań zgodnie z art. 233 § 1 KK, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....data.....
(miejscowość)

.....
(podpis Wnioskodawcy)

Pila, dnia

KLAUZULA

informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana

(imię i nazwisko)

w sprawie przyznania dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych/technicznych/w komunikowaniu się.*

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 uchyleniadyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, zwane dalej także RODO) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana /lub dziecka* danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Pile, al. Niepodległości 37.
- 2) Pani/Pana /lub dziecka* dane osobowe *przetwarzane będą* w celu związanym z prowadzonym postępowaniem w sprawie o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych/technicznych/w komunikowaniu się*, a to na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z art. 35a ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1172 z późn. zm.), § 5.2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być dofinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 926 ze zmianami).
- 3) Pani/Pana / dziecka* dane osobowe nie będą/będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 4) Pani/Pana /lub dziecka* dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
- 5) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz/lub danych dziecka oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne- prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy: rodo@pcpr.pila.pl

W celu skorzystania z wskazanych wyżej praw mogą Państwo zgłosić się do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pile lub przesłać wniosek na adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pile listownie lub drogą elektroniczną: rodo@pcpr.pila.pl

Tutejszy organ - Administrator danych osobowych - bez zbędnej zwłoki - a w każdym razie w terminie miesiąca od dnia wpłynięcia wniosku - udziela osobie, której dane dotyczą, informacji o działaniach podjętych w związku z realizacją ww. praw. W razie potrzeby termin ten może zostać przedłużony o kolejne dwa miesiące z uwagi na skomplikowany charakter żądania lub liczbę żądań. W terminie miesiąca od otrzymania żądania Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pile informuje osobę, której dane dotyczą o takim przedłużeniu terminu, z podaniem przyczyn opóźnienia.

6) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana /lub dziecka narusza przepisy RODO.

Zapoznałam/em się w informacjami i pouczeniem zawartymi w niniejszej klauzuli.
Przedmiotowe informacje są dla mnie zrozumiałe.

.....
Data i podpis wnioskodawcy/ strony

* niepotrzebne skreślić

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim)

UWAGA: ZAŚWIADCZENIE DLA CELÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres:

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

.....

.....

Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....

.....

.....

.....

Potrzeby osoby w zakresie likwidacji barier w komunikowaniu się:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data

.....
pieczętka i podpis lekarza