

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych
w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	

Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy

Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 06-E – epilepsja ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego ☐ 10-N – choroby neurologiczne ☐ 11-I – inne ☐ 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:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

☐ indywidualne ☐ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

w tym liczba osób niepełnosprawnych:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

- ☐ nie korzystałem
☐ korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania i uzasadnienie:	

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Nazwa pola	Wartość
------------	---------

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

☐ W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Budynek:	☐ dom jednorodzinny, ☐ wielorodzinny prywatny, ☐ wielorodzinny komunalny, ☐ wielorodzinny spółdzielczy
Ilość pięter:	☐ budynek parterowy, ☐ piętrowy, ☐ mieszkanie na piętrze (którym?):
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	
Liczba pokoi:	☐ + kuchnia, ☐ + łazienka, ☐ + wc

Łazienka jest wyposażona w:	☐ wannę, ☐ brodzik, ☐ kabinę prysznicową, ☐ umywalkę
W mieszkaniu jest:	☐ instalacja wody zimnej, ☐ ciepłej, ☐ kanalizacja, ☐ centralne ogrzewanie, ☐ prąd, ☐ gaz
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:	

SYTUACJA ZAWODOWA

- ☐ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
☐ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
☐ Bezrobotny poszukujący pracy
☐ Rencista poszukujący pracy
☐ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
☐ Dzieci i młodzież do lat 18
☐ Inne / jakie?

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .

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

Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - 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.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

Bariery architektoniczne to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów ubiegania się w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych
(proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Miejsce zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (* proszę podkreślić właściwe):

1. dysfunkcji narządu ruchu:	
a) osoba porusza się na wózku inwalidzkim	
b) osoba porusza się o kulach	
c) osoba porusza się przy balkoniku	
d) osoba z wrodzonym brakiem kończyny górnej/dolnej lub kończyn górnych/dolnych*	
e) osoba po amputacji kończyny górnej/dolnej lub kończyn górnych/dolnych*	
f) osoba zaopatrzona w protezę/protezy*	
2. innej dysfunkcji narządu ruchu: (jakiej)	
3. dysfunkcji narządu wzroku:	
a) osoba niedowidząca	
b) osoba niewidoma	
4. dysfunkcji narządów słuchu i mowy	
5. innej dysfunkcji utrudniającej poruszanie się: (jakiej)	

3. Uzasadnienie, dlaczego wskazana jest likwidacja barier architektonicznych

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

KLAUZULA INFORMACYJNA

o przetwarzaniu danych osobowych w związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

W związku z realizacją wymogów 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), przekazujemy następujące informacje:

1. Administrator danych:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni

Dane adresowe: ul. Wojska Polskiego 1 62-300 Września, Telefon: (0-61) 640-45-54, Adres e-mail: sekretariat@pcprwrzesnia.pl

2. Inspektor Ochrony Danych:

W sprawach związanych z ochroną danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych - Panią Cecylią Mikołajczak w następujący sposób:

drogą elektroniczną: sekretariat@pcprwrzesnia.pl,

telefonicznie: (061) 640-45-59

3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następującym celu:

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych na podstawie art. 9 i art. 6 ust. 1 lit. a¹ i b² RODO.

4. Odbiorcy danych osobowych:

- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
- inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Administratorem przetwarzają dane osobowe w szczególności z zakresu obsługi IT, obsługi administracyjnej, kancelarii prawnym, operatorom pocztowym, kurierom.

5. Okres przechowywania danych osobowych:

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3 przez okres określony w Instrukcji kancelaryjnej i jednolitym rzeczowym wykazie akt oraz instrukcji archiwalnej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni tj. przez okres 5 lat od przyznania, przekazania i rozliczenia dofinansowania (licząc od początku roku następującego po roku zawarcia umowy o dofinansowanie).

6. Prawa osób, których dane osobowe dotyczą: W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:

- dostępu do Pani/Pana danych osobowych oraz otrzymywania ich kopii zgodnie z art. 15 RODO,
- sprostowania (poprawiania) Pani/Pana danych osobowych zgodnie z art. 16 RODO,
- usunięcia danych zgodnie z art. 17 RODO,
- ograniczenia przetwarzania danych osobowych zgodnie z art. 18 RODO,
- do cofnięcia w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych, których przetwarzanie odbywa się na Pani/Pana zgodę (w każdej chwili przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pani/Pana zgody przed jej wycofaniem) na podstawie art. 7 ust. 3 RODO,

7. Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:

Może Pani/Pan wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, jeżeli sądzi Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.

8. Informacja o wymogu dobrowolności podania danych oraz konsekwencjach nie podania danych osobowych.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w przypadku wniosku/ów o dofinansowanie w ramach programu Aktywny samorząd na które Pani/Pan wyraził/a zgodę jest dobrowolne a ich niepodanie powoduje pozostawienie wniosku/ów bez rozpatrzenia.

9. Państwa dane osobowe nie są i nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w celu podjęcia jakiegokolwiek decyzji i nie będą profilowane.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Przyjmuję do wiadomości, że złożony przeze mnie wniosek o uzyskanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zostanie rozpatrzony po otrzymaniu z PFRON informacji o wysokości środków i uchwaleniu przez Radę Powiatu Wrzesińskiego planu finansowego na bieżący rok.

Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, PCPR wezwie Wnioskodawcę do złożenia wyjaśnień lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

Przyjmuję do wiadomości, że nieusunięcie uchybień, w tym niedostarczenie załączników w terminie 30 dni od dnia poinformowania Wnioskodawcy o występujących we wniosku uchybieniach, spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

¹ osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów;

² przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy

[illegible]