

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych 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

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

Część C – Dane dodatkowe

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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

Likwidacja barier technicznych –wykonanie prac lub zakup urządzeń umożliwiających lub ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dotyczące likwidacji barier technicznych
(wypełnia lekarz rodzinny lub lekarz specjalista)

Imię i nazwisko..... PESEL.....

Adres zamieszkania.....

I. Przyczyny niepełnosprawności (wstawić x w odpowiednim polu)

1. upośledzenie umysłowe	
2. choroby psychiczne	
3. zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
4. choroby narządu wzroku	
5. upośledzenie narządu ruchu	
6. epilepsja	
7. choroby układu oddechowego	
8. choroby układu pokarmowego	
9. choroby układu moczowo - płciowego	
10. choroby neurologiczne	
11. inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenie, choroby układu krwiotwórczego	
12. częściowe zaburzenia rozwoju.	

II. Opis niepełnosprawności:.....
.....
.....
.....
.....

III. Uzasadnienie, dlaczego wskazana jest likwidacja barier technicznych.

Zalecany przedmiot/urządzenie, który/które ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem:

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

.....
Pieczętka 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]

Lista załączników – likwidacja barier technicznych

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Oferta cenowa na zakup sprzętu wystawiona przez dostawcę sprzętu na:
 - a) wnioskodawcę,
 - b) rodzica lub przedstawiciela ustawowego, ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku małoletniego dziecka),
 - c) opiekuna prawnego ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej) – należy dołączyć dokument ustanowienia opieki prawnej (postanowienie sądu lub pełnomocnictwo notarialne).
3. Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.
4. Zaświadczenie lekarskie - załącznik do wniosku - wzory załączników.
5. Klauzula informacyjna wraz z oświadczeniami - załącznik do wniosku - wzory załączników.
6. Cel dofinansowania i uzasadnienie - załącznik do wniosku - wzory załączników.

Informacja:

Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta przed zakupem sprzętu lub wykonaniem prac między Starostą Wrzesińskim reprezentowanym przez Dyrektora PCPR a Wnioskodawcą.

Dofinansowanie likwidacji barier technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na ten cel dofinansowanie ze środków PFRON.

Wysokość dofinansowania wynosi do 95% średnich kosztów zakupu, nie więcej jednak niż do wysokości 15-krotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.

Dofinansowanie do likwidacji barier technicznych nie przysługuje osobie niepełnosprawnej, która ma zaległości wobec PFRON lub była w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy

o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby.

Jeżeli Wnioskodawca zmarł przed rozpatrzeniem wniosku, nie podlega on dalszemu rozpatrzeniu. Jeżeli Wnioskodawca zmarł po podpisaniu umowy, a przed jej zakończeniu, dofinansowanie za zakupiony sprzęt lub wykonane usługi przed dniem zgonu Wnioskodawcy nie zostanie wypłacone.