

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU – LIKWIDACJA BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

1. Kopia aktualnego orzeczenia wnioskodawcy o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne (oryginał do wglądu),
2. Zaświadczenia o dochodach za kwartał roku poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wnioskodawcy i wszystkich osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z wnioskodawcą,
3. Zaświadczenie lekarskie szczegółowo opisujące zakres ograniczenia sprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim z informacją o ewentualnie używanym oprzyrządowaniu ortopedycznym - załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier funkcjonalnych,
4. Zaświadczenie ze szkoły o pobieraniu nauki; w przypadku ubiegania się o dofinansowanie programów logopedycznych stosowną opinię logopedy potwierdzającą terapię logopedyczną,
5. Oświadczenie wnioskodawcy o miejscu zameldowania na pobyt stały oraz o ilości osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe z wnioskodawcą – załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier funkcjonalnych,
6. Oferta cenowa wnioskowanego sprzętu, oprogramowania itp.,
7. Podpisaną klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych na potrzeby realizacji zadań finansowanych ze środków PFRON – załącznik do wniosku.

INFORMACJE W SPRAWIE DOFINANSOWANIA

ZE ŚRODKÓW PFRON UDZIELA

PUNK OBSŁUGI INTERESANTA

POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE

W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 22, POKÓJ NR 6.7

TEL. 41 249 94 19

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

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

.....

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

Załącznik Nr 1

do wniosku o dofinansowanie
likwidacji barier funkcjonalnych

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim

IMIĘ I NAZWISKO	
DATA URODZENIA	PESEL
ADRES	

Używane zaopatrzenie ortopedyczne

.....
.....

Określenie dysfunkcji i zakresu ograniczenia sprawności

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

.....
.....

(data)

(pieczęć i podpis lekarza)

Załącznik Nr 2
do wniosku o dofinansowanie
likwidacji barier funkcjonalnych

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania wnioskodawcy)

.....

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a, legitymujący/a się
dowodem osobistym nr serii, pesel
oświadczam że:

- 1) jestem zameldowany/a na pobyt stały pod adresem

.....

oraz że w miejscu tym koncentrują się wszystkie moje sprawy życiowe*;

- 2) jestem zameldowany/a na pobyt tymczasowy pod adresem

.....

oraz że w miejscu tym koncentrują się wszystkie moje sprawy życiowe*;

- 3) pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z następującymi osobami*:

.....

.....

.....

.....

.....

- 4) prowadzę gospodarstwo domowe samodzielnie*.

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

***niepotrzebne skreślić**

Załącznik do wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON

KLAUZULA INFORMACYJNA

dotycząca przetwarzania danych osobowych na
potrzeby realizacji zadań finansowanych ze środków PFRON

Administrator danych osobowych

Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim (dalej jako PCPR) ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, nr tel.: 41 2499408, e-mail: sekretariat@pcpr.ostrowiec.pl.

Inspektor Ochrony Danych

Z Inspektorem Ochrony Danych w PCPR w Ostrowcu Świętokrzyskim można się kontaktować pisząc na adres e-mail: iod@pcpr.ostrowiec.pl,

Cel i podstawa prawna przetwarzania danych osobowych

Państwa dane osobowe zawarte we wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i w załącznikach do niego, będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku, udzielenia dofinansowania, zawarcia umowy oraz w celu archiwalnym.

Podstawę prawną przetwarzania tych danych osobowych stanowi:

- art. 6 ust. 1 lit. b RODO – gdy 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);
- art. 6 ust. 1 lit. c RODO (gdy przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze);
- art. 9 ust. 2 lit. b RODO (gdy przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej);

Odbiorcy danych

Dane osobowe będą udostępnione do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz innych podmiotów zaangażowanych w realizację wniosków (zadań) o stosowne dofinansowanie.

Okres przechowywania danych

Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 pełnych lat kalendarzowych, liczonych od zakończenia sprawy zgodnie z kategorią archiwalną określającą okres przechowywania akt sprawy w archiwum.

Prawa osób, których dane dotyczą

Posiadają Państwo prawo do dostępu do treści swoich danych, oraz prawo do ich sprostowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

W przypadku uznania, że przetwarzanie danych narusza przepisy RODO przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Obowiązek / dobrowolność podania danych osobowych

Podanie danych osobowych jest nieodzownym wymogiem ustawowym ubiegania się o uzyskanie dofinansowania. Konsekwencją niepodania danych będzie pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

Informacje o profilowaniu

W związku z przetwarzaniem danych osobowych nie będzie dochodziło do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

.....
(data i czytelny podpis)