

...../...../.....
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

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

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 urządzenia (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	%

(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.

*

.....
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*

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

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 potwierzonego 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)*
- oświadczenie o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wnioskodawcy i osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z wnioskodawcą, *(załącznik nr 2)*
- 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)
- klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy oraz osób udostępniających swoje dane *(załącznik nr 3)*
- w przypadku dziecka pismo ze szkoły/placówki/instytucji 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

.....
pieczęćka i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE**Wnioskodawcy o dochodach we wspólnym gospodarstwie domowym**

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

Adres zamieszkania

Oświadczam, iż moje wspólne gospodarstwo domowe, tworzą następujące osoby:

Lp.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Rok urodzenia	Dochód *miesięczny / netto /	
			Rodzaj dochodu** lub liczba hektarów przeliczeniowych	wysokość
1.	WNIOSKODAWCA			
2.	UWAGA! Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać tylko ich rok urodzenia, stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i dochód miesięczny.			
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym posiadają gospodarstwo rolne <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK				
Łączny przeciętny miesięczny dochód rodziny /netto/:				

Oświadczam, że ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym:

- 1) pobierają świadczenia z ośrodka pomocy społecznej NIE TAK (jakie?).....
.....
.....

Oświadczam, że w **kwartale poprzedzającym** miesiąc, w którym składany jest wniosek **przeciętny miesięczny dochód***** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowymwyniósł: złotych.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 Ustawy z dnia 06.06.1997 r. Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminują wniosek z dalszego rozpatrywania.

.....
data.....
czytelny podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego / pełnomocnika

* Jest to średni miesięczny dochód z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

** Np.: praca, działalność gospodarcza, gospodarstwo rolne, renta, emerytura, itp., lub uczeń, student, brak dochodu.

*** Dochód łączny należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

UWAGA! Świadczenie pielęgnacyjne, zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy nie jest dochodem w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.

.....
Oznaczenie Administratora

.....
Miejscowość, dnia

KLAUZULA informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana

(wnioskodawca/ strona/ przedstawiciel ustawowy/ opiekun prawny/ pełnomocnik*)

w sprawie o dofinansowanie dla

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

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 uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, zwane dalej także RODO) informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, w Mińsku Mazowieckim, ul. Konstytucji 3-go Maja 16, 05-300 Mińsk Mazowiecki.
- 2) Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: renata@pcpr-minskmaz.pl
- 3) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy * dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z postępowaniem w sprawie ubiegania się o dofinansowanie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c, e RODO
- 4) Odbiorcą Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* danych osobowych są organy lub podmioty upoważnione z mocy prawa do przetwarzania danych.
- 5) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 6) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* dane osobowe będą przechowywane przez okres 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.
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz danych dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* 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 sekretariat@pcpr-minskmaz.pl
- 8) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* narusza przepisy RODO;
- 9) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest:
 - warunkiem realizacji zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim i wynika z przepisów prawa,
 - dobrowolne, jednak niezbędne do załatwienia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim.

Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność realizacji zadań ustawowych lub niemożność uzyskania wsparcia oferowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim.

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim w celu realizacji obowiązków związanych z prowadzeniem postępowania w sprawie dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Data i podpis

* niepotrzebne skreślić