

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

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> We własnym imieniu <input type="checkbox"/> Jako rodzic <input type="checkbox"/> Jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	

PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 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:	

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu

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.

Uprowadzony/uprowadzona 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
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie (ważne 3 miesiące).
4.	Dokument określający przedmiot wniosku i jego planowany koszt (np. faktura proforma, oferta cenowa, kosztorys, lub inny).

Ważne: jednostka udzielająca wsparcia może zobowiązać stronę do przedłożenia dodatkowej dokumentacji do wniosku potwierdzającej stan faktyczny.

Informacja dodatkowa – dokumenty dołączasz do wniosku w formie:

1. skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW (System Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON),
2. kopii – w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem dokumentów wymaganych w oryginale.

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier w komunikowaniu się.

**Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej**

.....
miejsowość i data

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb PFRON w celu dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Data urodzenia.....

1. Używane przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz sprzęt rehabilitacyjny:

.....

2. Niepełnosprawność dotyczy (zaznaczyć właściwe i opisać):

narząd ruchu w zakresie

.....

dysfunkcja narządu wzroku, w zakresie

.....

dysfunkcja narządu słuchu i mowy, w zakresie

.....

niepełnosprawność intelektualna (upośledzenie umysłowe)

.....

inne schorzenia (podać jakie)

.....

3. Osoba porusza się (zaznaczyć właściwe):

na wózku inwalidzkim stale/ czasowo

przy balkoniku stale/ czasowo

o kulach stale/ czasowo

osoba leżąca

4. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/ lub przekazywanie informacji i/ lub pozyskiwanie informacji) zaznaczyć właściwe?

TAK, jakie trudności (opis) ?

.....

.....

NIE

5. Potrzeby związane z likwidacją barier w komunikowaniu się:

- podać nazwę urządzenia/ sprzętu:

.....

.....

- uzasadnienie:

.....

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY

NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kędzierzynie-Koźlu, oraz PFRON

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kędzierzynie-Koźlu, oraz udostępnienie danych do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w celu zrealizowania wniosku dotyczącego uzyskania dofinansowania ze środków PFRON. Jednocześnie potwierdzam zapoznanie się z informacją o zasadach przetwarzania danych, w związku z ubieganiem się o dofinansowanie.

.....
data, imię i nazwisko

Informacja o zasadach przetwarzania danych osobowych - Dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kędzierzynie-Koźlu z siedzibą przy ul. Skarbowej 4, 47-200 Kędzierzyn-Koźle, e-mail sekretariat@pcprkkozle.pl, nr. tel. (77) 483 33 23 (dalej: Administrator)

2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych może się Pan/Pani kontaktować również z wyznaczonym przez Administratora inspektorem ochrony danych:

a) pod adresem e-mail: inspektor@kancelaria-odo.pl

b) listownie: Inspektor ochrony danych, na adres siedziby Administratora

3. Pani/Pana dane przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się.

4. Pani/Pana dane osobowe w zakresie wynikającym z przepisu prawa przetwarzane będą w oparciu o art.6 ust. 1 lit c i lit e. RODO – w związku z art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Natomiast w pozostałym zakresie dane przetwarzane będą w oparciu o Pani/Pana zgodę - art. 6 ust. 1 lit. a RODO.

5. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych, oraz nie będą stanowiły podstawy do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym opartego na profilowaniu.

6. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:

a) podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa,

b) podmiotom nadzorującym i kontrolującym działalność Administratora, jak również podmiotom świadczącym usługi na rzecz Administratora w oparciu o zawarte umowy powierzenia przetwarzania danych, w tym: podmiotom realizującym zadania z zakresu obsługi technicznej i serwisowej IT, kancelarii prawnej, podmiotom świadczącym usługi hostingowe, jak też operatorom pocztowym w zakresie niezbędnym do doręczenia korespondencji

c) do PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

7. Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres niezbędny do rozpatrzenia wniosku i udokumentowania zakończenia czynności w sprawie, tj. na podstawie przepisów prawa o archiwizacji dokumentów oraz, zgodnie z obowiązującą u Administratora instrukcją kancelaryjną.

8. W zakresie w jakim dane przetwarzane są w oparciu o zgodę posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem

9. Przysługuje Pani/Panu prawo do:

a) dostępu do treści swoich danych i otrzymania ich kopii,

b) sprostowania danych,

c) usunięcia danych,

d) ograniczenia przetwarzania danych,

e) prawo do przenoszenia danych,

f) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku kiedy uzna Pani/Pan że dane przetwarzane są niezgodnie z prawem (na adres Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa)

10. Podanie przez Panią/Pana danych w zakresie wynikającym z przepisu prawa jest warunkiem koniecznym do ubiegania się o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się, natomiast przekazanie przez Panią/Pana danych w oparciu o zgodę jest dobrowolne i nie ma wpływu na rozpatrzenie wniosku, przy czym może utrudnić kontakt z Panią/Panem w sprawie realizacji wniosku.

.....
data, imię i nazwisko