

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:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

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

<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	

<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<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

<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<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
<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<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**

<b>Cel dofinansowania</b>	<b>Nr umowy</b>	<b>Data zawarcia umowy</b>	<b>Kwota dofinansowania</b>	<b>Stan rozliczenia</b>

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU****PRZEDMIOT WNIOSKU**

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

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

Nazwa pola	Wartość
<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b>	
<b>Miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji:</b>	

## 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
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

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 studium
- 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.

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

**Wymagane załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione nie wcześniej niż 90 dni przed złożeniem wniosku określające indywidualne potrzeby osoby niepełnosprawnej w zakresie wykonywania podstawowych codziennych czynności
3. Oferta cenowa na urządzenie/ sprzęt, o dofinansowanie którego ubiega się Wnioskodawca.
4. Poświadczenie zameldowania z Urzędu Gminy (Wydział Ewidencji Ludności).
5. Kserokopia pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o wyznaczeniu opiekuna prawnego, pełnomocnika, przedstawiciela ustawowego (jeżeli dotyczy).
6. Dokument poświadczający uzyskanie dofinansowania z innych źródeł (jeżeli dotyczy).

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

proszę wypełnić czytelnie

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej.....

Pesel.....

Miejsce zamieszkania.....

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....

.....

.....

.....

II. Dysfunkcja osoby niepełnosprawnej (proszę wypełnić właściwe pole):

Osoba leżąca wymagająca opieki innych osób..... ..... ..... <p style="text-align: right;"><i>Pięczętka i podpis lekarza</i></p>
--

Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim..... ..... ..... <p style="text-align: right;"><i>Pięczętka i podpis lekarza</i></p>
--

Osoba poruszająca się przy pomocy:(balkonika, trójnogu, kul łokciowych,laski)..... ..... ..... <p style="text-align: right;"><i>Pięczętka i podpis lekarza</i></p>
---

Sprawność kończyn górnych w jakim zakresie :(pełna, częściowo ograniczona,całkowicie niesprawna)..... ..... ..... ..... <p style="text-align: right;"><i>Pięczętka i podpis lekarza</i></p>
---

Sprawność kończyn dolnych w jakim zakresie: (pełna, częściowo ograniczona, całkowicie niesprawna)..... ..... ..... ..... <p style="text-align: right;"><i>Pięczętka i podpis lekarza</i></p>
--



Osoba z dysfunkcją narządu:

-wzroku, proszę wskazać stopień: (lekki, umiarkowany, znaczny).....

- słuchu, mowy, proszę wskazać stopień: (lekki, średni, znaczny, głęboki).....

*Pięczętka i podpis lekarza*

Upośledzenie umysłowe, proszę wskazać stopień: (lekki, umiarkowany, znaczny, głęboki).....

Zaburzenia psychiczne i inne zaburzenia funkcji psychicznych.....

*Pięczętka i podpis lekarza*

III. Inne schorzenia oraz choroby współistniejące:

IV. Osoba niepełnosprawna ma ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji polegające na: *(wypełnić w przypadku gdy osoba niepełnosprawna ubiega się o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się)*

V. Osoba niepełnosprawna ma problemy uniemożliwiające lub utrudniające poruszanie się wynikające ze stanu zdrowia polegające na: *(wypełnić w przypadku gdy osoba niepełnosprawna ubiega się o likwidację barier architektonicznych):*

VI. Zakup jakiego przedmiotu/sprzętu z uwagi na potrzeby wynikające z niepełnosprawności umożliwi lub w znaczny sposób ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności *(wypełnić w przypadku gdy osoba niepełnosprawna ubiega się o likwidację barier technicznych):*

VII. Uwagi dodatkowe

.....  
*(pieczętka i podpis lekarza)*

## Klauzula informacyjna

Na podstawie art.13 ust.1 i ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 z dnia 27 kwietnia 2016r.(Dz. Urz. UE Nr 119).

informuję, że:

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest :

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przemyślu, Plac Dominikański 3, 37-700 Przemyśl tel. 16 675 00 11, adres mailowy [pcpr@powiat.przemysl.pl](mailto:pcpr@powiat.przemysl.pl)**

2. **W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przemyślu jest wyznaczony inspektor ochrony danych, z którym skontaktować się można :**

**adres mailowy : [merit.inspektor.rodod@gmail.com](mailto:merit.inspektor.rodod@gmail.com), lub tel. 502 575 101**

3. Pana/i dane osobowe przetwarzane są w celu :

**rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych zgodnie z art. 35a ust. 1 pkt. 7 lit. d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych**

4. Dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

5. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane przez okres:

**10 pełnych lat kalendarzowych, liczonych od zakończenia sprawy zgodnie z kategorią archiwalną określającą czasookres przechowywania akt sprawy w archiwum zakładowym**

6. Posiada Pan/i prawo do:

**dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania.**

7. Ma Pan/i prawo: **wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych Pana/i dotyczących naruszałoby przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.**

8. Podanie danych osobowych jest :

**nieodzownym wymogiem ustawowym ubiegania się o uzyskanie dofinansowania**

9. Konsekwencją niepodania danych będzie : **pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.**

Zapoznałem/łam się z treścią niniejszej klauzuli informacyjnej.

Imię i nazwisko Wnioskodawcy .....

.....  
czytelny podpis

lub

imię i nazwisko rodzica, opiekuna prawnego, pełnomocnika .....

.....  
czytelny podpis