

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
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:

.....

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
1.	Kserokopia prawomocnego orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej lub niezdolności do pracy.
2.	Imienna faktura pro-forma lub wycena wnioskowanego urządzenia z dwóch różnych punktów sprzedaży.
3.	Zaświadczenie lekarskie od lekarza specjalisty (druk wniosku) ważne 30 dni od daty wypełnienia przez lekarza.
4.	Kserokopia dokumentów stanowiących opiekę prawną lub pełnomocnictwo notarialne- o ile dotyczy.
5.	Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (druk wniosku).

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

data, miejscowość,

Adres

Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Lp	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Rok urodz.	Źródło dochodu	Miesięczna wysokość dochodu netto*
1.		<i>Wnioskodawca</i>			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
RAZEM					

* przeciętny miesięczny dochód rodziny /świadczenia emerytalno – rentowe, zasiłek wychowawczy, dochód z tyt. pracy, z tyt. prowadzenia gospodarstwa rolniczego, świadczenia z pomocy społecznej, zasiłek dla osób pozostających bez pracy/ w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych/, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego i chorobowego określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za ostatni kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek.

Oświadczenia Wnioskodawcy

Oświadczam, iż:

1/ podane informacje są zgodne z prawdą;

W przypadku podania informacji budzących wątpliwości wyrażam zgodę na sprawdzenie powyższych danych przez pracowników PCPR.

2/ miejsce mojego zamieszkania i stałego pobytu jest pod adresem:

3/ o w/w dofinansowanie ubiegam się wyłącznie w powiecie myśzkowskim.

.....
/podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego/



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON **likwidacji barier w komunikowaniu się**

wypełnia lekarz specjalista stosownie do rodzaju niepełnosprawności

Zaświadczenie należy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

1. Informacje o rodzaju niepełnosprawności i rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

.....

2. Opis ograniczeń i trudności w komunikowaniu, wynikających ze schorzenia

– **uzasadnienie potrzeby likwidacji barier w komunikowaniu się przy użyciu wnioskowanego sprzętu** (podać rodzaj sprzętu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Przeciwwskazania do korzystania z wnioskowanego sprzętu

Występują / nie występują *

W przypadku, gdy występują przeciwwskazania, podać jakie:

.....

.....

.....

.....
/ miejscowość i data /

.....
/ pieczęć i podpis lekarza specjalisty /

**niepotrzebne skreślić*

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH – POSTĘPOWANIE ADMINISTRACYJNE

Administrator, dane kontaktowe	<p>Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie, ul. Partyzantów 21, 42-300 Myszków, kontakt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) osobiście lub na adres poczty elektronicznej: pcprmyszkow1@wp.pl, 2) telefonicznie: 34 313 02 98 3) pisemnie: ul. Partyzantów 21, 42-300 Myszków
Inspektor Ochrony Danych	<p>W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) za pomocą poczty elektronicznej: sabios.dsb@gmail.com
Cele przetwarzania, czas przechowywania poszczególnych kategorii danych, podanie danych	<p>Dane będą przetwarzane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie w celach:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wypełnienia obowiązków prawnych - w szczególności zadań wynikających z: <ol style="list-style-type: none"> a. ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym b. ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej c. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych <p>Dane przetwarzane nie dłużej niż przez okres 10 lat, podanie danych jest obowiązkowe, brak podania danych będzie skutkowało niezakończaniem sprawy.</p>
Odbiorcy danych	<p>Dane osobowe mogą być ujawnione następującym odbiorcom:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa; 2) podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
Prawa osoby, której dane dotyczą	<p>Osoby, których dane osobowe przetwarza Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie mają prawo do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dostępu do swoich danych osobowych 2) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe 3) żądania usunięcia danych, gdy dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane lub po wniesieniu sprzeciwu wobec przetwarzania danych, gdy dane są przetwarzane niezgodnie z prawem. 4) żądania ograniczenia przetwarzania danych, gdy osoby te kwestionują prawidłowość danych, przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń, lub gdy osoby te wniosły sprzeciw wobec przetwarzania danych – do czasu stwierdzenia nadrzędnych interesów administratora nad podstawą takiego sprzeciwu; 5) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych – z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją osób, których dane są przetwarzane; 6) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.