

Pieczęć PCPR

Numer sprawy

Data wpływu kompletnego wniosku

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

<b>I. Wnioskodawca</b> (proszę wypełnić drukowanymi literami)			
1. Imię (imiona) i nazwisko		2. Imię ojca	
3. Dowód osobisty seria                      nr                      wydany w dniu                      przez			
4. Nr PESEL		5. Nr NIP	
6. Adres zamieszkania			
Ulica		nr domu	nr mieszkania
Miejscowość	kod pocztowy	Powiat	Województwo
Telefon (z nr kier.)		telefon komórkowy	

#### I.A. Stopień niepełnosprawności<sup>1</sup>

1.	Znaczny stopień niepełnosprawności\ inwalidzi I grupy\ osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
2.	Umiarkowany stopień niepełnosprawności\ inwalidzi II grupy\ osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3.	Lekki stopień niepełnosprawności\ inwalidzi III grupy\ osoby częściowo niezdolne do pracy\ osoby długotrwale niezdolne do pracy	
4.	Osoby w wieku do lat 16 posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	

#### I.B. Rodzaj niepełnosprawności<sup>2</sup>

1.	Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim lub wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2.	Inna dysfunkcja narządów ruchu	
3.	Dysfunkcja narządu wzroku	
4.	Dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5.	Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6.	Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia i inne	

#### II. Sytuacja zawodowa

1.	Zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą*	
2.	Osoba w wieku od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3.	Bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy*	
4.	Rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5.	Osoby utrzymujące się z zasiłków pomocy społecznej	
6.	Dzieci, młodzież do lat 18	

### III. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

Lp	Imię i nazwisko - pokrewieństwo	Niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto
		Stopień <sup>1)</sup>	Rodzaj <sup>2)</sup>	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

### IV. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy

Średni miesięczny dochód netto w gospodarstwie domowym	
Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	
Średni dochód miesięczny netto na osobę	

### V. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Na likwidację barier w komunikowaniu się korzystałem \ lam: TAK  NIE

Lp.	Numer umowy	Cel umowy	Data przyznanego dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia

### VI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora

1. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 5 % .....%
2. Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania .....%

### VI A. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł na ten sam cel:

.....  
.....

### VII. Cel likwidacji barier w komunikowaniu się (przedmiot wniosku):

.....  
.....

### VIII. Uzasadnienie wniosku:

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

**IX. Termin realizacji zadania:**

Data rozpoczęcia: ..... Data zakończenia: .....

**X. Przewidywany koszt realizacji zadania:**

Kwota: ..... zł

(słownie: ..... złotych)

**XI. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania (do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek):**

Kwota ..... zł

(słownie: ..... złotych)

**XI.A. Źródła dotychczasowego finansowania zadania:**.....  
.....**XII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:**

Kwota ..... zł

(słownie: ..... złotych)

**XIII. Bank i numer rachunku bankowego, na który zostało przekazane dofinansowanie:**

(wypełnia pracownik Centrum)

Numer rachunku bankowego:.....

**Przedstawiciel ustawy, opiekun prawny lub pełnomocnik**

1. Imię (imiona) i nazwisko		2. Imię ojca	
3. Dowód osobisty seria                      nr                      wydany w dniu                      przez			
4. Nr PESEL		5. Nr NIP	
6. Adres zamieszkania			
Ulica		nr domu	nr mieszkania
Miejscowość	kod pocztowy	Powiat	Województwo
telefon (z nr kier.)		telefon komórkowy	
Ustanowiony opiekunem\ pełnomocnikiem na podstawie			

- Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny, oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.
- Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec PFRON i w przeciągu 3 lat nie byłem/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem 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), publ. Dz Urz. UE L z 2016r. Nr 119, poz. 1, w celach związanych z likwidacją barier w komunikowaniu się.

#### **Kluczula informacyjna**

Na podstawie art. 13 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), publ. Dz. Urz. UE L z 2016r. Nr 119, poz. 1 informujemy, że:

#### **Administrator danych osobowych**

Administratorem danych osobowych jest:

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rykach, 08-500 Ryki, ul. Leona Wyczółkowskiego 10a,**

adres poczty elektronicznej: pcprryki@op.pl ; tel.81 8654 852

#### **Inspektor Ochrony Danych**

W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Panem Tomaszem Rutkowskim pod adresem e-mail: [tomasz.rutkowski@lokalneogniwo.pl](mailto:tomasz.rutkowski@lokalneogniwo.pl), tel. 81 565 77 10

#### **Cel zbierania danych oraz udostępnianie danych**

Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji:

- obowiązków prawnych ciążących na Administratorze
- zadań z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych.

Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a) ww. Rozporządzenia.

Dane osobowe nie będą przekazywane innym odbiorcom, dane te mogą być jednak udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

#### **Okres przetwarzania**

Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.

#### **Prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania**

żądania dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych.

- cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

- wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym konsekwencją niepodania danych osobowych **jest niemożliwość rozpatrzenia powyższego wniosku.**

Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pan/Pani decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

**Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y , iż wniosek o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się będzie podlegał rozpatrzeniu po otrzymaniu środków finansowych PFRON. W związku z tym w przypadku braku środków finansowych wniosek może nie zostać rozpatrzony w terminie 30 dni od jego złożenia. Informacja o późniejszym terminie rozpatrzenia wniosku zostanie przekazana telefonicznie.**

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

**Załączniki do wniosku:**

<i>Wykaz załączników</i>	<i>Dostarczono TAK/NIE</i>	<i>Data uzupełnienia</i>
1.Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016r., poz. 20146 ze zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopie orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.		
2.Kopia orzeczeń, o których mowa wyżej, osób niepełnosprawnych zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób,		
3.Aktualne zaświadczenie lekarskie, wypełnione przez lekarza specjalistę zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i potwierdzające konieczność zaopatrzenia w przedmiot wniosku (załącznik nr 2),		
4.Oświadczenie (załącznik nr 1),		
5.Trzy różne oferty cenowe na dany przedmiot wniosku		
5a.		
5a.		
6.Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy (załącznik nr 3)		
6a.Oświadczenie o dochodach.....		
6b.Oświadczenie o dochodach .....		
6c.Oświadczenie o dochodach.....		
6d.Oświadczenie o dochodach .....		
6e.Oświadczenie o dochodach.....		
7.Inne dokumenty		

1,2 wstaw x we właściwym wierszu,

1) wstaw właściwe oznaczenie cyfrowe z tabeli I.A z pierwszej strony wniosku,

2) wstaw właściwe oznaczenie cyfrowe z tabeli I.B z pierwszej strony wniosku,

\*) niepotrzebne skreślić

**Wniosek niekompletny**

**Stwierdzam kompletność**

.....

**/data i podpis/**

.....

**/data i podpis/**

**Opinia merytoryczna, co do kompletności wniosku i załączników oraz zasadności wniosku:**

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

.....

/data i podpis/

**Informacja o przyznaniu lub odmowie przyznania dofinansowania:**

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rykach informuje, że przyznaje/nie przyznaje środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**w kwocie ..... słownie: .....**

**na dofinansowanie zakupu sprzętu z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się**

**(uzasadnienie w przypadku decyzji odmownej)**

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

.....

Data i podpis Dyrektora

.....  
/imię i nazwisko/

.....  
/miejsowość i data/

.....  
/adres zamieszkania/

## OŚWIADCZENIE

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, wynikających z art. 233 KK: „Kto zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę – podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”, oświadczam co następuje:

1. Przebywam z zamiarem stałego pobytu w

.....  
/wpisać adres zamieszkania/

2. Posiadam środki własne w wysokości: .....%

(słownie: ..... procent) przewidywanych kosztów likwidacji barier architektonicznych\*, w komunikowaniu się\*, technicznych\*, tj. .... zł,

(słownie: ..... złotych)

3. Jestem\*                      Nie jestem\*                      zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy  
(jeśli tak proszę dołączyć aktualne zaświadczenie z PUP)

4. Pobieram\*                      Nie pobieram\*                      świadczeń z pomocy społecznej (jeśli tak proszę dołączyć aktualną decyzję o pobieraniu świadczeń),

5. Pobieram\*                      Nie pobieram\*                      świadczeń rodzinnych z pomocy społecznej (jeśli tak proszę dołączyć aktualną decyzję o pobieraniu świadczeń),

6. Posiadam\*                      Nie posiadam                      gospodarstwo rolne o powierzchni.....  
hektarów przeliczeniowych (jeśli tak proszę dołączyć nakaz płatniczy lub aktualne zaświadczenie o stanie posiadania z Urzędu Gminy)

7. Zamieszkuje:                      Samotnie\*                      Z rodziną\*                      Z osobami niespokrewnionymi\*

\* niepotrzebne skreślić

.....  
/podpis/

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb PCPR w Rykach

/PROSZĘ O WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA W JĘZYKU POLSKIM/

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: ..... PESEL: .....

Adres: .....

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji \***

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się;

na wózku inwalidzkim

na stałe

okresowo

za pomocą kul

za pomocą balkoniku

osoba leżąca

inna dysfunkcja narządu ruchu

wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk

dysfunkcja narządu wzroku

dysfunkcja narządu słuchu i mowy

deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)

inne (podać jakie).....

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

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

Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

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

Data .....

.....  
Podpis i pieczętka lekarza specjalisty

\* właściwe zaznaczyć

\*\* niepotrzebne skreślić

*Zaświadczenie ważne jest 30 dni od dnia wystawienia.*



.....  
/imię i nazwisko/

.....  
/miejsowość i data/

.....  
/adres zamieszkania/

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, wynikających z art. 233 KK: „Kto zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę – podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

Ja niżej podpisany legitymujący się dowodem osobistym seria ..... nr ....., niniejszym oświadczam, iż moje miesięczne dochody netto wynoszą ..... zł, (słownie:.....).

#### Źródłami w/w dochodów są:

Lp.	Źródło dochodu	Wysokość miesięcznego dochodu netto
1.	wynagrodzenie ze stosunku pracy, umowy o dzieło, umowy zlecenia i inne	
2.	renty w tym socjalne, rehabilitacyjne lub emerytury	
3.	zasiłki z pomocy społecznej	
4.	świadczenia przedemerytalne	
5.	świadczenia rodzinne	
6.	zasiłki dla bezrobotnych	
7.	inne (wymienić jakie)	

.....  
/podpis/

\* niepotrzebne skreślić