……./…….
numer sprawy

……
data wpływu wniosku do PCPR w Gostyninie

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

WNIOSEK
o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy

Imię i Nazwisko:			
Data urodzenia:	seria i numer dowodu osobistego:	wydany w dniu:	przez:
PESEL	Numer telefonu:	Adres e-mail:*	
Adres zamieszkania:			

* wyrażam zgodę na przesyłanie mi drogą elektroniczną informacji o programach i ulgach dla osób niepełnosprawnych ……

IA. Wypełnia Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik.

Imię i Nazwisko:			
Data urodzenia:	seria i numer dowodu osobistego:	wydany w dniu:	przez:
PESEL	Numer telefonu:	Adres e-mail:	
Adres zamieszkania:			
Ustanowiony opiekunem postanowieniem Sądu Rejonowego w ……. z dnia ……. Sygn. akt …… Ustanowiony pełnomocnikiem postanowieniem Sądu Rejonowego w ……. na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez …….. z dnia ……..			

II. Dane dotyczące niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe).

1. Stopień znaczny, inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji, osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny,	
2. Stopień umiarkowany, inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. Stopień lekki, inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy, osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym nie przysługuje zasiłek pielęgnacyjny.	
4. osoby w wieku do 16 roku życia z orzeczoną niepełnosprawnością	
Ważność orzeczenia: □ stała □ okresowa do …….	

III. Rodzaj niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe).

1. Dysfunkcja narządu głosu, mowy, choroby słuchu, wzroku	
2. Upośledzenie umysłowe, choroby neurologiczne, epilepsja, choroby psychiczne	
3. Upośledzenie narządu ruchu	
4. Choroby układu oddechowego/pokarmowego/moczowo - płciowego	
5. Inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	
6. całościowe zaburzenia rozwojowe np. autyzm (stopnie lekki, umiarkowany i znaczny)	

IV. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy (zaznaczyć właściwe).

1. Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą	
2. Bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy	
3. Rencista/emeryt niezainteresowany podjęciem pracy	
4. Osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
5. Dzieci i młodzież do 18 roku życia	

V. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku.

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON: □ tak □ nie -właściwe zaznaczyć

Cel przyznanego dofinansowania (nazwa programu i/lub nazwa zadania ustawowego)	Nr zawartej umowy	Data przyznanego dofinansowania	Przyznana kwota	Stan rozliczenia
		Razem:		

Posiadam/nie posiadam zobowiązań wobec Funduszu ……
(jeśli tak, podać rodzaj i wysokość zobowiązań)

VI. Informacje o przedmiocie dofinansowania.

Lp.	Nazwa	Cena
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
		Razem: .....

VII. Dokładne uzasadnienie wniosku – cel dofinansowania.

…… …… …… …… ……

VIII. Planowany termin wykonania zadania ……

IX. Wartość zadania.

A.	Przewidywany łączny koszt realizacji zadania …….. zł
B.	Własne środki przeznaczone na realizację zadania …….. zł
C.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON …….. zł Kwota słownie: ……

X. Załączniki do wniosku (wymagane przy składaniu wniosku).

Lp.	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku	Wypełnia PCPR	
			Uzupełniono	Data uzupełnienia
1.	Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, a w przypadku dzieci do lat 16-stu kopia orzeczenia o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych.			
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie (ważne 30 dni od dnia wystawienia), potwierdzające konieczność likwidacji bariery w komunikowaniu się (załącznik nr 1).			
3.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów netto w przeliczeniu na jednego członka rodziny, obliczonych za rok poprzedzający rok złożenia wniosku (załącznik nr 2).			
4.	Dokumenty potwierdzające osiągane dochody wszystkich członków wspólnego gospodarstwa domowego.			
5.	Faktura pro-forma na zakup przedmiotu dofinansowania.			
6.	Inne dokumenty: a) …… b) ……..			

XI. Oświadczenia i informacje dla Wnioskodawcy.

1. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego – co najmniej 50% ceny brutto zakupu urządzeń wraz z montażem – w zależności od przyznanej pomocy finansowej.

……..

(podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

2. Oświadczam, że jestem świadomy faktu, iż dofinansowanie ze środków PFRON nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.

……..

(podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

3. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam* zaległości wobec PFRON oraz, że w ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku byłem(am)/nie byłem(am)* stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

……..

(podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

*właściwe zaznaczyć

UWAGA!

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2019r. poz. 1950 ze zm.) oraz w związku z art. 75 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. – Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz. U. z 2019r. poz. 1133 z późn. zm.) oświadczam, że informacje zawarte we wniosku oraz w załącznikach do wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

…….. ……..

(data) (podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art.13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 16.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) dalej RODO informuję, że:

- administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gostyninie, ul. Ozdowskiego 1A, 09-500 Gostynin;
- w sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: sekretariat@pcprgostynin.eu lub listownie;
- administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust.1 lit.c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, oraz aktów wykonawczych do w/w ustawy;
- dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, w sytuacji gdy wynika to bezpośrednio z przepisów prawa;
- administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z przepisami o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2018r. poz. 2017 ze zm.) i jednolitym rzeczowym wykazie akt obowiązującym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Gostyninie;
- osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
    - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz przenoszenia swoich danych, także w przypadku przewidzianym prawem;
    - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych;
    - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
- w sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny;
- podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.

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

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej.

…….. ……..

(data) (podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

Załącznik nr 1

..... ……., dnia ……

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Gostyninie o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się

(prosimy wypełnić czytelnie)

Imię i nazwisko pacjenta:.....

PESEL: .....

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

II. Przyczyna niepełnosprawności (proszę zakreślić właściwe pole ☐)*:

☐ upośledzenie umysłowe,
☐ choroby psychiczne,
☐ zaburzenia głosu, mowy,
☐ choroby słuchu,
☐ choroby narządu wzroku,
☐ choroby narządu ruchu:
  ☐ z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,
  ☐ bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim,
☐ epilepsja,
☐ choroby układu oddechowego i krążenia,
☐ choroby układu pokarmowego,
☐ choroby układu moczowo-płciowego,
☐ choroby neurologiczne,
☐ inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
☐ całościowe zaburzenia rozwojowe.

III. Osoba niepełnosprawna wymieniona powyżej ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji) polegające na :

……

……

IV. Wnioskodawca

☐ **nie wymaga** likwidacji bariery w komunikowaniu się,
☐ **wymaga** likwidacji bariery w komunikowaniu się.

VI. Ewentualne potrzeby związane z likwidacją bariery w komunikowaniu się:

……

……

....

(data) (pieczątka i podpis lekarza)

*właściwe zaznaczyć

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE
o wysokości dochodów

dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Gostyninie w celu uzyskania dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się.

Ja, niżej podpisany(a) ……,
(Imię i Nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkały(a) ……..,
(Adres zamieszkania)

oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Średni miesięczny dochód netto, obliczony za rok poprzedzający rok złożenia wniosku	Rodzaj dochodu
Dane dotyczące Wnioskodawcy:						
1.						
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Oświadczam, że:

1. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ……..
2. W roku podatkowym, poprzedzającym rok złożenia wniosku średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł …… zł.
3. Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.
4. W przypadku jakiejkolwiek zmiany wysokości dochodów, dostarczę do PCPR w Gostyninie niezbędną dokumentację potwierdzającą ten dochód.

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2019r. poz. 1950 ze zm.), prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

…….. ……..
(miejscowość, data) (podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że:

- administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gostyninie, adres: ul. Ozdowskiego 1a, 09-500 Gostynin;
- W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pan/Pani kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: sekretariat@pcprgostynin.eu lub listownie;
- administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz aktów wykonawczych do w/w ustawy;
- dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, w sytuacji gdy wynika to bezpośrednio z przepisów prawa;
- administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
- Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:

  - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz do przenoszenia swoich danych, a także - w przypadkach przewidzianych prawem;

  - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych;

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

- W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Pana/Panią danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
- Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.

Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pana/Pani 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 zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej.

……