

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE
ze środków finansowych Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier

(proszę wstawić „X” we właściwej rubryce)

w komunikowaniu się technicznych

nr PCPR.ON.703.....2019

data wpływu wniosku (dzień, miesiąc, rok)

/ proszę wypełnić drukowanymi literami /

1. Dane Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej dla której dokonano lub zostanie dokonany zakup):

Imię/Imiona: Nazwisko:

Adres zamieszkania:

nr PESEL: nr tel. e-mail

nazwa banku: Nr rachunku bankowego:

2. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), **opiekuna prawnego lub pełnomocnika:**

Imię/Imiona: Nazwisko:

Adres zamieszkania:

nr PESEL: nr tel. e-mail

nazwa banku: Nr rachunku bankowego:

CZĘŚĆ A. Informacje o Wnioskodawcy (proszę wstawić „X” we właściwej rubryce):

1. Stan prawny związany z niepełnosprawnością (posiadane orzeczenie):

- ZNACZNY stopień lub orzeczenie równoważne, np. o zaliczeniu do I grupy inwalidów
- UMIARKOWANY stopień lub orzeczenie równoważne, np. o zaliczeniu do II grupy inwalidów
- LEKKI stopień lub orzeczenie równoważne, np. o zaliczeniu do III grupy inwalidów
- Orzeczenie o niepełnosprawności (dot. osób w wieku do lat 16)
- Inne orzeczenie (jakie?)

2. Rodzaj niepełnosprawności:

- schorzenie neurologiczne
- dysfunkcja narządu wzroku (osoba niedowidząca)
- dysfunkcja narządu wzroku (osoba niewidoma)
- dysfunkcja narządu wzroku (osoba głuchoniewidoma)
- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?)
- inny rodzaj niepełnosprawności (jaki?)

3. Informacje uzupełniające dotyczące stanu zdrowia:

Wnioskodawca porusza się w obrębie zamieszkiwanego lokalu / domu:

- samodzielnie przy pomocy innych osób
- jest całkowicie zależny od innych osób (np. osoba leżąca)

Wnioskodawca jest w stanie wychodzić z / wchodzić do zamieszkiwanego lokalu / domu:

samodzielnie przy pomocy innych osób

jest całkowicie zależny od innych osób (np. osoba leżąca)

Posiadany i wykorzystywany przez wnioskodawcę sprzęt rehabilitacyjny i ortopedyczny (np. chodzik, kule, obuwie ortopedyczne, protezy kończyn):

Posiadany i wykorzystywany przez wnioskodawcę sprzęt elektroniczny (np. komputerowy, RTV):

4. Sytuacja zawodowa / sytuacja na rynku pracy:

osoba zatrudniona osoba ucząca się i niepracująca

osoba zarejestrowana w urzędzie pracy jako bezrobotna lub poszukująca pracy

osoba nieaktywna zawodowo (np. emeryt, rencista) niezainteresowana podjęciem zatrudnienia

inna sytuacja (jaka?)

5. Zdobyte wykształcenie (poziom wykształcenia):

brak wykształcenia podstawowe gimnazjalne

zawodowe średnie wyższe

inne (jakie?)

6. Dodatkowe informacje dotyczące między innymi korzystania ze wsparcia PFRON,

Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc **ze środków PFRON** w ramach wniosków o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i likwidacji barier technicznych (chodzi tu o wsparcie uzyskane na terenie całej Polski, nie tylko Powiatu Nowodworskiego)

NIE **TAK**, w roku (dofinansowaniem objęto:),
.....),
a także w roku (dofinansowaniem objęto:)

Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc **ze środków PFRON** w formie dofinansowania zakupu przedmiotu niniejszego wniosku w ramach programów realizowanych przez Oddziały PFRON, np. PEGAZ, Homer, jak również realizowanego przez samorządy powiatowe pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

NIE **TAK**, w roku (dofinansowaniem objęto:),
.....),
a także w roku (dofinansowaniem objęto:)

Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc **ze środków innych niż PFRON** przeznaczoną na zakup przedmiotu niniejszego wniosku

NIE **TAK**, w roku (dofinansowaniem objęto:),
.....),
Wsparcie to zostało udzielone przez:

Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca, jest dostępny dla osób poruszających przy pomocy przedmiotów ortopedycznych (np. wózków inwalidzkich, chodzików, kul, obuwia ortopedycznego, protez kończyn); czy osoby te mają możliwość samodzielnego poruszania się?

TAK **NIE** (jeśli NIE, proszę napisać jakie występują utrudnienia, bariery:),
.....),

7. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (dotyczy 3 ostatnich lat licząc od dnia złożenia wniosku)

Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON we wspomnianym okresie TAK NIE

(jeśli „TAK”, należy wypełnić tabelę poniżej, wykazując wsparcie PFRON przyznane na podstawie umowy / umów dofinansowania)

l.p.	Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota w zł	Cel dofinansowania / nazwa zadania	Stan rozliczenia	Źródło dof., np.: /samorząd powiatowy/ samorząd wojewódzki
1	<input type="checkbox"/> rozliczono prawidłowo <input type="checkbox"/> w rozliczeniu <input type="checkbox"/> nie rozliczono	...............
2	<input type="checkbox"/> rozliczono prawidłowo <input type="checkbox"/> w rozliczeniu <input type="checkbox"/> nie rozliczono	...............
3	<input type="checkbox"/> rozliczono prawidłowo <input type="checkbox"/> w rozliczeniu <input type="checkbox"/> nie rozliczono	...............
4	<input type="checkbox"/> rozliczono prawidłowo <input type="checkbox"/> w rozliczeniu <input type="checkbox"/> nie rozliczono	...............
5	<input type="checkbox"/> rozliczono prawidłowo <input type="checkbox"/> w rozliczeniu <input type="checkbox"/> nie rozliczono	...............
6	<input type="checkbox"/> rozliczono prawidłowo <input type="checkbox"/> w rozliczeniu <input type="checkbox"/> nie rozliczono	...............
RAZEM				

CZĘŚĆ B. Informacje dotyczące przedmiotu wniosku i celu dofinansowania
(proszę wstawić „X” we właściwej rubryce):

1. Miejsce realizacji zadania:
2. Przedmiot dofinansowania:
<input type="checkbox"/> zakup łóżka ortopedycznego/rehabilitacyjnego <input type="checkbox"/> zakup schodolazu <input type="checkbox"/> zakup podnośnika transportowego <input type="checkbox"/> zakup roweru trójkołowego <input type="checkbox"/> zakup zestawu komputerowego w skład którego wchodzi (oprócz jednostki centralnej)*: monitor/ klawiatura / mysz / drukarka / urządzenie wielofunkcyjne (drukarka + skaner + ksero) / głośniki z systemem operacyjnym / z oprogramowaniem: <input type="checkbox"/> zakup komputera mobilnego (np. laptopa, notebooka, netbooka)* z myszą / drukarką / urządzeniem wielofunkcyjnym (drukarka + skaner + ksero) / głośnikami / systemem operacyjnym / z oprogramowaniem: <input type="checkbox"/> inny przedmiot dofinansowania (nie wskazany powyżej):
* - niepotrzebne wykreślić

3. Informacje o kosztach realizacji zadania (likwidacji barier):
a) Przewidywany koszt brutto realizacji zadania (100%): zł (słownie:)
b) Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: zł (słownie:) co stanowi % przewidywanych kosztów brutto realizacji zadania,
c) Deklarowany przez Wnioskodawcę procent pokrycia kosztów realizacji zadania (wkład własny), ponad obowiązkowe 5%: %
d) Deklarowany przez sponsora procent pokrycia kosztów realizacji zadania: %
e) Inne niż PFRON źródła finansowania zadania:
f) Ogólna wartość kosztów, poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania, do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:
4. Planowany termin rozpoczęcia zadania (należy wskazać co najmniej miesiąc):
5. Przewidywany czas realizacji zadania, tj. przybliżony okres (liczony od dnia zawarcia umowy dofinansowania) w ciągu którego Wnioskodawca zrealizuje zadanie będące przedmiotem wniosku oraz umowy; może być określony np. liczbą miesięcy:
6. Cel likwidacji barier z uzasadnieniem:

CZĘŚĆ C. Oświadczenia Wnioskodawcy (proszę wstawić „X” we właściwej rubryce):

Oświadczam, że:			
1.	w przypadku przyznania dofinansowania zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem* / kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2.	posiadam środki finansowe na wymagany wkład własny (minimum 5%) na realizację zadania będącego przedmiotem niniejszego wniosku	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3.	dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
4.	o dofinansowanie przedsięwzięcia / zakupu, będącego przedmiotem niniejszego wniosku ubiegam się wyłącznie w PCPR w Nowym Dworze Mazowieckim	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
5.	zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
6.	mam zaległości wobec PFRON	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
7.	byłem/am w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
8.	jest świadomy, iż zgodnie z § 9 ust. 4 rozporządzenia 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 dofinansowanie PFRON „ Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu ”	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

9. Osoby pozostałe we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą			Sredni dochód miesięczny netto (w zł)
a)	Wnioskodawca	Niepełnosprawność (o ile dotyczy)	..... zł
	Osoby spokrewnione (należy wpisać wyłącznie stopień pokrewieństwa np. ojciec, córka) i inne	stopień	rodzaj
b)			..... zł
c)			..... zł
d)			..... zł
e)			..... zł
f)			..... zł
RAZEM			..... zł

10. 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.

(słownie:)

UWAGA! Składając oświadczenie o dochodzie rodziny należy dodać dochody wszystkich członków gospodarstwa domowego za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku. Później należy podzielić uzyskany wynik na 3 (tj. wyliczyć średni miesięczny dochód), a następnie trzeba podzielić wynik przez liczbę osób w gospodarstwie domowym. Osoby składające wniosek w miesiącach styczeń – marzec składają oświadczenie o dochodach wyliczone z IV kwartału roku poprzedzającego rok złożenia wniosku tj. z miesięcy: październik – grudzień. Następnie wnioski składane w miesiącach kwiecień – czerwiec powinny zawierać oświadczenia dotyczące I kwartału roku w którym są składane tj. z miesięcy: styczeń – marzec. Analogicznie pozostała część roku

11. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

UWAGA! w przypadku samodzielnie prowadzonego gospodarstwa domowego osoba niepełnosprawna wpisuje cyfrę: 1

.....
 podpis wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego / opiekuna
 prawnego / pełnomocnika

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”,

poinformowano mnie, że:

- 1) administratorem moich danych osobowych / i danych osobowych mojego podopiecznego: jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowym Dworze Mazowieckim przy ul. Chemików 6, zwane dalej Administratorem oraz, że Administrator prowadzi operacje przetwarzania moich danych osobowych oraz mojego podopiecznego (o ile dotyczy),
- 2) inspektorem danych osobowych u Administratora jest Magdalena Sędek, e-mail: iod@pcprndm.pl,
- 3) moje dane osobowe (i ewentualnie dane osobowe ww. podopiecznego) przetwarzane będą w celu realizacji zadań powiatu – dofinansowanie w ramach likwidacji barier architektonicznych, likwidacji barier w komunikowaniu się i barier technicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.) , ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz rozporządzeniem 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 926) w tym w celu wydawania rozstrzygnięć i ich realizacji. Dane osobowe będą udostępniane osobom lub podmiotom, które wykażą podstawę prawną dostępu do tych danych,
- 4) podstawą przetwarzania moich danych osobowych (i ewentualnych danych osobowych ww. podopiecznego) przez Administratora jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych,
- 5) podanie danych jest niezbędne do realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, w tym w celu przeprowadzenia postępowań administracyjnych, wydawania rozstrzygnięć i ich realizacji, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest wykonanie w/w czynności,
- 6) posiadam prawo do:
 - dostępu do danych osobowych mnie dotyczących,
 - sprostowania moich danych osobowych,
 - żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego),
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących narusza przepisy RODO,
- 7) nie przysługuje mi:
 - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
 - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO,
 - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- 8) moje dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 9) moje dane osobowe będą przechowywane przez 10 lat od momentu archiwizacji dokumentów.

.....
(data)

.....
(podpis osoby zapoznanej z klauzulą)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodna z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim ul. Chemików 6 w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, w tym w celu przeprowadzenia rozstrzygnięć i ich realizacji. Dane osobowe będą udostępniane osobom lub podmiotom, które wykażą podstawę prawną dostępu do tych danych,
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
(data)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Chemików 6; 05-100 Nowy Dwór Mazowiecki
www.pcpr.nowodworski.pl tel. 22 365-01-20 fax 22 365 01 34

CZĘŚĆ D. ADNOTACJE URZĘDOWE PCPR - decyzje dotyczące rozpatrzenia wniosku:

**Decyzja w sprawie przyznania dofinansowania wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się / technicznych ze środków finansowych Państwowego Osób Niepełnosprawnych
Nr PCPR.ON.703.....2019**

Wniosek rozpatrzony* :

POZYTYWNE

NEGATYWNE

POZOSTAWIONY BEZ ROZPATRZENIA

Kwota przyznanego dofinansowania: zł.

(słownie:)

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis osoby podejmującej decyzję)

*właściwe zaznaczyć „x”

Załączniki do wniosku nr PCPR.ON.703.....2019 o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się / technicznych wymagane (pozycje: 1 - 2) oraz dodatkowe

Informację poniżej wypełnia PCPR

l.p	Załączniki	Dołączono do wniosku	Uzupełnienia	Data uzupełnienia /uwagi
1	Kopia orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Aktualne zaświadczenie lekarskie , wystawione czytelnie i w języku polskim zawierające informacje o rodzaju posiadanych schorzeń sporządzone zgodnie z załącznikiem nr 1 do wniosku (ważne 3 miesiące od wystawienia);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne załączniki; dodatkowe dokumenty przedstawiające sytuację wnioskodawcy (w tym materialną, zdrowotną i mieszkaniową) służące uzasadnieniu likwidacji barier i mogących mieć wpływ na zakres i wysokość wsparcia ze środków PFRON (np. punkty 3-10)				
3	W uzasadnionych przypadkach szkice mieszkania, zgoda właściciela lokalu oraz dokument potwierdzający zameldowanie w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier technicznych (własność, umowa najmu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Oferta cenowa / faktura proforma dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Zaświadczenia o dochodach wnioskodawcy oraz osób wspólnie z nim gospodarujących za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (np. zaświadczenia z Urzędu Gminy, odcinki renty, emerytury, wyroki sądowe w przypadku alimentów, itd.),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Kopia dokumentu potwierdzającego sposób reprezentacji (dotyczy opiekunów prawnych i pełnomocników itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Pisemna informacja o innych źródłach finansowania zadania (np. oświadczenie sponsora).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Opinia pedagoga szkolnego lub psychologa dotycząca wpływu zakupu wnioskowanego przedmiotu dofinansowania na likwidację barier (dotyczy wyłącznie osób uczących się w wieku do 24 r. ż.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	