

Data wpływu:

Nr sprawy:

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej

Część A – DANE WNIOSKODAWCY**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
Wnioskodawca składa wniosek: <input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczzonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczzonego notarialnie	
Postanowienie Sądu, data, Syg. akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repetitorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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	Do uzupełnienia
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:
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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O - narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R - narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <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 (przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku) :

.....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

.....

w tym liczba osób niepełnosprawnych:

.....

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych/sprzęt rehabilitacyjny/AS lub inne ze środków finansowych PFRON, na podstawie zawartych umów:

- 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	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania: Cel dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – nie więcej niż 95%:	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	

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

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

- 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?.....

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu przedmiotu dofinansowania, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że załączone do wniosku o dofinansowanie orzeczenie o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności jest prawomocne i ostateczne (orzeczenie od którego nie wniesiono odwołania, wobec którego upłynął termin do wniesienia odwołania i nie wniesiono od niego odwołania lub co do którego zrzeczono się prawa do odwołania).

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2022r. poz. 1138, z późn. zm.) - 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.

Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie w/w danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady 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 oraz zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO obowiązującą w PCPR Milicz.

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, jak będą wykorzystywane dane osobowe w Urzędzie jest dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Trzebnicka 4b, 56-300 Milicz. Z Administratorem można się kontaktować za pomocą operatora pocztowego na adres: ul. Trzebnicka 4b, 56-300 Milicz lub za pomocą adresu poczty elektronicznej e-mail: pcpmilicz@wp.pl.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować za pomocą adresu poczty elektronicznej e-mail: iodo (at) pcpmilicz.pl, za pomocą operatora pocztowego na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Trzebnicka 4b, 56-300 Milicz z dopiskiem: „Inspektor Ochrony Danych” lub telefonicznie pod numerem 71-38-41-384. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem swoich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących klientowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na podstawie RODO.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
4. Dane osobowe klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu są przetwarzane przez Administratora w celu/celach:
 - a. Wypełniania wszystkich obowiązków prawnych ciążących na Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu,
 - b. Realizacji umów zawartych ze zleceniobiorcami, kontrahentami,
 - c. W pozostałych przypadkach dane osobowe klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i w celu określonym w treści zgody.
5. Dane osobowe klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu będą przechowywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie - zgodnie z zatwierdzoną instrukcją archiwalną i jednolitym rzeczowym wykazem akt dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na mocy przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
 - a. Dane osobowe klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu będą przekazywane wyłącznie osobom upoważnionym przez Administratora. Odbiorcami przetwarzania danych osobowych w celach, o których mowa pkt 4, mogą być:
 - a. organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
 - b. inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu.
6. Dane osobowe klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu nie są przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy i do organizacji międzynarodowych.
7. Dane osobowe klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

8. Administrator pragnie zapewnić, że wszystkim osobom, których dane osobowe są przetwarzane przez Administratora, przysługują odpowiednie prawa wynikające z RODO. W związku z tym przysługują następujące uprawnienia:
- a. Prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych,
 - b. Prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne,
 - c. Prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. Prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy:
 - i. dane osobowe nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
 - ii. osoba, której dane osobowe dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,
 - iii. osoba, której dane osobowe dotyczą wycofała zgodę na przetwarzanie danych osobowych, które jest podstawą przetwarzania danych osobowych i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania danych,
 - iv. dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - v. dane osobowe muszą zostać usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa,
 - d. Prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych – w przypadku gdy:
 - i. osoba, której dane osobowe dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
 - ii. przetwarzanie danych osobowych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane osobowe dotyczą sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,
 - iii. Administrator nie potrzebuje już danych osobowych dla swoich celów, ale osoba, której dane osobowe dotyczą potrzebuje ich do ustalenia obrony lub dochodzenia roszczeń,
 - iv. osoba, której dane osobowe dotyczą wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie Administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu.
 - e. Prawo do przenoszenia danych osobowych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
 - i. przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane osobowe dotyczą lub na podstawie zgody wyrażonej przez tę osobę,
 - ii. przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany.
 - f. Prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
 - i. zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych osobowych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora,
 - ii. przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane osobowe dotyczą wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba której dane dotyczą jest dzieckiem.
9. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, czyli zgody na przetwarzanie danych osobowych, klientom Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu przysługuje prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem zgodnie z obowiązującym prawem.
10. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu mają prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają, iż przetwarzanie dotyczących ich danych osobowych narusza przepisy RODO.
11. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane osobowe dotyczą, podanie przez klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
12. Podanie danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
13. Podane przez klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu dane osobowe są przetwarzane w formie papierowej i elektronicznej (systemy informatyczne Administratora).
14. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:

1. kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 tej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu) – wnioskodawcy.
2. kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego,
3. oświadczenie Wnioskodawcy – według załącznika nr 1
4. zaświadczenie od lekarza specjalisty (zgodnie z niepełnosprawnością) potwierdzające rodzaj niepełnosprawności oraz zakres dysfunkcji wnioskodawcy – według załącznika nr 2.
5. uzasadnienie wniosku - według załącznika nr 3
6. fakturę pro forma (ofertę cenową) na zakup urządzeń.

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane dla potrzeb PCPR w Milicz – likwidacja barier w komunikowaniu się

(NALEŻY WYPEŁNIĆ **CZYTELNIE** W JĘZYKU POLSKIM
- ważne 3 miesiące od daty wypisania)

Imię i nazwisko

PESEL

Adres Zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

2. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzenia, możliwość poprawy).....

.....
.....

3. Osoba niepełnosprawna:

- porusza się na wózku inwalidzkim,
- jest osobą leżącą,
- z inną dysfunkcją narządu ruchu (podać jaką.....)
- z dysfunkcją narządu słuchu lub mowy
- z dysfunkcją narządu wzroku,
- z deficytem rozwojowym

4. Występujące trudności w komunikowaniu się i konieczność posiadania wnioskowanego sprzętu*

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

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty

Imię i nazwisko wnioskodawcy.....

Imię i nazwisko podopiecznego (o ile dotyczy).....

CEL DOFINANSOWANIA:

Należy min. opisać:

- co stanowi dla Wnioskodawcy faktyczną barierę w komunikowaniu się:

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

- jak zakup wnioskowanego przedmiotu dofinansowania przyczyni się do zlikwidowania bariery w komunikowaniu się:

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

- do jakich celów Wnioskodawca będzie używał wnioskowanego przedmiotu dofinansowania aby umożliwić lub w znacznym stopniu ułatwić wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem (porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji) – **podać konkretne przykłady.**

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

- inne:

.....
.....

Data.....

.....
Podpis wnioskodawcy