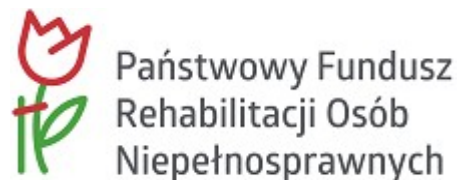


Data wpływu:
Nr sprawy:



WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych 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:	☐ mężczyzna ☐ kobieta
ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ 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:	☐ mężczyzna ☐ 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:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy

Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 06-E – epilepsja ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego ☐ 10-N – choroby neurologiczne ☐ 11-I – inne ☐ 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:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 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:	

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. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności. 2. Postanowienie Sądu o ubezwłasnowolnieniu i wyznaczenie opiekuna prawnego (jeśli dotyczy) 3. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia- zgodnie z zał. nr 1 do wniosku 4. Oferta cenowa (pro-forma). 5. Oświadczenie o ochronie danych osobowych – zgodnie z zał. nr 2 do wniosku

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu
LIKWIDACJA BARIER TECHNICZNYCH ¹
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta	
Adres zamieszkania	
Data urodzenia	(dd-mm-rr).....
PESEL	

1) rodzaj niepełnosprawności lub dysfunkcji (należy zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	☐ pieczętą i podpis lekarza
dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy kuli, balkonika itp.	☐ pieczętą i podpis lekarza
osoby poruszające się samodzielnie bez pomocy osób trzecich i przyrządów ortopedycznych	☐ pieczętą i podpis lekarza
dysfunkcja narządu wzroku	☐ pieczętą i podpis lekarza
dysfunkcja narządu słuch i mowy	☐ pieczętą i podpis lekarza
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) lub psychiczne	☐ pieczętą i podpis lekarza
inne schorzenia jakie?	☐ pieczętą i podpis lekarza

2) trwałe naruszenie sprawności organizmu (należy zakreślić właściwe pole)

☐ **TAK**

☐ **NIE**

¹ O dofinansowanie likwidacji barier technicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się. Przez bariery techniczne należy rozumieć przeszkody wynikające z braku zastosowań lub niedostosowania, odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności, przedmiotów lub urządzeń. Likwidacja tych barier powinna

powodować sprawniejsze działanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie.

3) używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4) opis trudności w poruszaniu się

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5) Pacjent wymaga likwidacji barier technicznych w swoim najbliższym otoczeniu (należy zakreślić właściwe pole)

☐ TAK

☐ NIE

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

1. Administrator danych osobowych

Administratorem Państwa danych osobowych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu z siedzibą przy pl. Świętego Józefa 5 w Kaliszu.

2. Inspektor ochrony danych

Kontakt z inspektorem ochrony danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu jest możliwy pod nr tel. 62 50 14 207.

3. Cele przetwarzania danych

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier technicznych.

4. Podstawa prawna przetwarzania danych

Podstawą do przetwarzania Państwa danych jest realizacja obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. a oraz c RODO), także w przypadku danych szczególnych kategorii danych, np. dane dotyczące zdrowia (art. 9 ust. 2 lit. a oraz b RODO) oraz ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

5. Odbiorcy danych

Odbiorcami Państwa danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, w tym PFRON.

6. Okres przechowywania danych

Państwa dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w oparciu o jednolity rzeczowy wykaz akt obowiązujący w jednostce, nie krócej niż 10 lat.

7. Państwa prawa:

- a) prawo dostępu do treści swoich danych;
- b) prawo do sprostowania i uzupełnienia danych;
- c) w przypadku przetwarzania na podstawie zgody – prawo do jej cofnięcia;
- d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
- e) prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- f) w szczególnych przypadkach prawo do usunięcia danych;
- g) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, infolinia: 606 950 000), gdy uznają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.

Prawo dostępu do danych, sprostowania i uzupełnienia oraz ograniczenia przetwarzania podlegają ograniczeniu po przekazaniu akt zawierających dane osobowe do archiwum zakładowego, na mocy art. 22b ust. 4 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości skorzystania z dofinansowania.

Oświadczenie

ja zamieszkały/a
(imię i nazwisko) (adres)

oświadczam, że jestem wykluczony/a cyfrowo z powodu

- ☐ braku dostępu do sprzętu komputerowego
- ☐ braku dostępu do łącza internetowego
- ☐ umiejętności korzystania z technologii cyfrowych
- ☐ możliwości korzystania z usług i zasobów on-line

a tym samym braku możliwości złożenia wniosku w formie elektronicznej w systemie obsługi wsparcia SOW.

Dane powyższe podałem/am zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

..... dniar.

.....
(podpis)