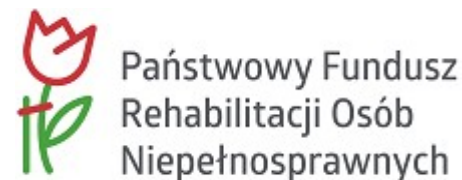


Data wpływu:
Nr sprawy:



WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się
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 wyznaczeniu 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

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PCPR likwidacja barier w **komunikowaniu się**

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Przyczyna niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

- ☐ 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,
 - osoba leżąca wymagająca opieki innych osób,
- ☐ 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.

3. Wymaga likwidacji barier w komunikowaniu się (zaznaczyć właściwe):

- ☐ NIE
- ☐ TAK (proszę wskazać właściwy sprzęt)

4. W jaki sposób wnioskowane urządzenia, sprzęt umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem z uwagi na potrzeby wynikające z jej niepełnosprawności

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

.....
pieczętka i podpis lekarza rodzinnego/specjalisty

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 w komunikowaniu.

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:

8. 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. Moniuszki 1A, 00-014 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)