**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**

|  |
| --- |
| **ROLA WNIOSKODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | * We własnym imieniu
* Jako rodzic
* Jako opiekun prawny
* Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)
* na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie
* na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
 |
| **Postanowieniem Sądu:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Sygnatura akt:** |  |
| **Imię i nazwisko notariusza:** |  |
| **Repertorium nr:** |  |
| **Zakres pełnomocnictwa:** | * pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie
* do rozliczenia dofinansowania
* do zawarcia umowy
* do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku
* do złożenia wniosku
* inne
 |
| **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: w tym liczba osób niepełnosprawnych:**

## 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 i uzasadnienie:** |  |
| **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.

**Uprzedzony/uprzedzona 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** |
|  | **Załączniki do wniosku:**1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (**oryginał do wglądu)**.
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą **(oryginał do wglądu**) wraz ze zgodą na przetwarzanie danych osobowych.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę wg załącznika.
4. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.
5. Faktura PRO FORMA lub oferta cenowa zakupu sprzętu.
6. Kopia dokumentu potwierdzającego sprawowanie funkcji przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika w przypadku jego posiadania - **oryginał do wglądu** - o ile dotyczy
7. Pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach)
8. Dziennik budowy (w koniecznych przypadkach)
 |
|  |  |
|  |  |
|  | **INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH** 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych ) informuję :1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jaworze reprezentowane przez Dyrektora nr tel. 76-871-14-10, e-mail pcprjawor@poczta.fm
2. W PCPR w Jaworze wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych Osobowych, kontakt pod nr 76-871-14-10 wew. 18 lub e-mail : m.watrucka@pcpr-jawor.pl
3. Pani/ Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Jaworze dotyczących rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych.
4. Dane mogą być przekazywane na podstawie i w granicach przepisu prawa organom państwowym, organom ochrony prawnej (np. sądom) lub organom samorządu terytorialnego i jego jednostkom organizacyjnym takim jak na przykład ośrodki pomocy społecznej.
5. Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego (poza granice Polski) lub organizacji międzynarodowej.
6. Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu (tj. procesowi prowadzącemu do wnioskowania o posiadaniu przez człowieka określonych cech na podstawie jego danych osobowych dotyczących dochodów, stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej wykorzystywany przez instytucje takie jak np. banki do oceny wiarygodności kredytowej itp.)
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane i przetwarzane przez okres załatwiania sprawy, o której mowa w pkt. 3 a po jej zakończeniu przez okres przewidziany dla archiwizowania danej kategorii sprawa, do czasu ich zniszczenia.
8. Dyrektor PCPR w Jaworze informuje Pana/Panią o prawie: do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, do ich prostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, do przenoszenia danych, do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych pod adres 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.

 …………………………………. *Podpis Wnioskodawcy*  |
|  |
|  |
|  |