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/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego
* 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 udzielenia dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku
* do złożenia wniosku
* inne
 |
| DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY  |
| **Nazwa pola**  | **Do uzupełnienia**  |
| **Imię:**  |   |
| **Drugie imię:**  |   |
| **Nazwisko:**  |   |
| **PESEL:**  |   |
| **Data urodzenia:**  |   |
| **Płeć:**  | * mężczyzna
* kobieta
 |
|  | **ADRES ZAMIESZKANIA**  |
| **Nazwa pola**  | **Do uzupełnienia**  |
| **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**  | **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:**  |  | * Mężczyzna
* kobieta
 |
|  | **ADRES ZAMIESZKANIA**  |
| **Nazwa pola**  | **Do uzupełnienia**  |
| **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**  | **Do uzupełnienia**  |
| **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 nie zdolne do samodzielnej egzystencji
* Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którymprzysługuje 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):**  | * dwie przyczyny
* trzy przyczyny
 |

# ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

* indywidualnie
* wspólnie

**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**  |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| **Czę** | **ść B – PRZEDMIOT WNIOSKU**  |
|  | **PRZEDMIOT WNIOSKU**  |
| **Nazwa pola**  | **Do uzupełnienia**  |
| **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**  | **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? ……………………………………………..

# 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 czerwca1997r. 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.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek
o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej,
a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich

sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych
z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej

administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków

Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz
e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi
u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi

doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,

2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,

3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,

4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,

5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób

zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,

6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych.

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość*  | *Data*  | *Podpis Wnioskodawcy*  |
|   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**  |
| **Lp.**  | **Plik**  |
| 1.  | kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności, |
| 2.  | kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekuna prawnego,  |
| 3.  | aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (ważne 3 miesiące), |
| 4.  | oferta cenowa dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania np. faktura pro-forma, |