

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

##### ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> We własnym imieniu <input type="checkbox"/> Jako rodzic <input type="checkbox"/> Jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<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

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	

<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nazwa pola	Wartość
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

<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<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
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<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 <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <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
<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<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: .....**

**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:	

<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	
<b>Cel dofinansowania i uzasadnienie:</b>	

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

Nazwa pola	Wartość
<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b>	
<b>Miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji:</b>	

## 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:	

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu

## 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, wyniósł: ..... 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.

**Uprowadzony/uprowadzona 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.	
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie (ważne 3 miesiące).
4.	Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu – o ile dotyczy (np. akt własności, umowa najmu).
5.	Dokument określający przedmiot wniosku i jego planowany koszt (np. faktura proforma, oferta cenowa, kosztorys lub inny).
6.	Zgoda właściciela budynku lub lokalu, jeśli jest wymagana do wykonania zadania.
7.	Informacja o zasadach przetwarzania danych osobowych.

**Ważne: jednostka udzielająca wsparcia może zobowiązać stronę do przedłożenia dodatkowej dokumentacji do wniosku potwierdzającej stan faktyczny.**

Informacja dodatkowa – dokumenty dołączasz do wniosku w formie:

1. skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW (System Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON),
2. kopii – w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem dokumentów wymaganych w oryginale.



**Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej**

.....  
**miejsowość i data**

**INFORMACJA O STANIE ZDROWIA**

*Wydane dla potrzeb PFRON w celu dofinansowania do likwidacji barier technicznych*

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Data urodzenia.....

**1. Używane przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz sprzęt rehabilitacyjny:**

.....

**2. Niepełnosprawność dotyczy (zaznaczyć właściwe i opisać):**

narząd ruchu w zakresie

.....

dysfunkcja narządu wzroku, w zakresie

.....

dysfunkcja narządu słuchu i mowy, w zakresie

.....

niepełnosprawność intelektualna (upośledzenie umysłowe)

.....

inne schorzenia ( podać jakie)

.....

**3. Osoba porusza się (zaznaczyć właściwe):**

na wózku inwalidzkim stale/ czasowo

przy balkoniku stale/ czasowo

o kulach stale/ czasowo

osoba leżąca

**4. Opis trudności, jakie ma Pacjent z wykonywaniem podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, w związku z istniejącą niepełnosprawnością.**

.....

.....

**5. Potrzeby związane z likwidacją barier technicznych:**

- podać nazwę urządzenia/ sprzętu:

.....

.....

uzasadnienie: .....

.....

.....

.....

.....  
*pieczęć i podpis lekarza*

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY**

**NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

**przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kędzierzynie-Koźlu, oraz PFRON**

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kędzierzynie-Koźlu, oraz udostępnienie danych do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w celu zrealizowania wniosku dotyczącego uzyskania dofinansowania ze środków PFRON. Jednocześnie potwierdzam zapoznanie się z informacją o zasadach przetwarzania danych, w związku z ubieganiem się o dofinansowanie.

.....

data, imię i nazwisko

**Informacja o zasadach przetwarzania danych osobowych**  
**Dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 (dalej: RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kędzierzynie-Koźlu z siedzibą przy ul. Skarbowej 4, 47-200 Kędzierzyn-Koźle, e-mail sekretariat@pcprkkoze.pl, nr. tel. (77) 483 33 23 (dalej: Administrator)

2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych może się Pan/Pani kontaktować również z wyznaczonym przez Administratora inspektorem ochrony danych:

- a) pod adresem e-mail: inspektor@kancelaria-odo.pl
- b) listownie: Inspektor ochrony danych, na adres siedziby Administratora

3. Pani/Pana dane przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych,

4. Pani/Pana dane osobowe w zakresie wynikającym z przepisu prawa przetwarzane będą w oparciu o art.6 ust. 1 lit c i lit e. RODO – w związku z art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Natomiast w pozostałym zakresie dane przetwarzane będą w oparciu o Pani/Pana zgodę - art. 6 ust. 1 lit. a RODO.

5. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych, oraz nie będą stanowiły podstawy do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym opartego na profilowaniu.

6. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:

- a) podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa,
- b) podmiotom nadzorującym i kontrolującym działalność Administratora, jak również podmiotom świadczącym usługi na rzecz Administratora w oparciu o zawarte umowy powierzenia przetwarzania danych, w tym: podmiotom realizującym zadania z zakresu obsługi technicznej i serwisowej IT, kancelarii prawnej, podmiotom świadczącym usługi hostingowe, jak też operatorom pocztowym w zakresie niezbędnym do doręczenia korespondencji

c) do PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

7. Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres niezbędny do rozpatrzenia wniosku i udokumentowania zakończenia czynności w sprawie, tj. na podstawie przepisów prawa o archiwizacji dokumentów oraz, zgodnie z obowiązującą u Administratora instrukcją kancelaryjną.

8. W zakresie w jakim dane przetwarzane są w oparciu o zgodę posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem

9. Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- a) dostępu do treści swoich danych i otrzymania ich kopii,
- b) sprostowania danych,
- c) usunięcia danych,
- d) ograniczenia przetwarzania danych,
- e) prawo do przenoszenia danych,

f) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku kiedy uzna Pani/Pan że dane przetwarzane są niezgodnie z prawem (na adres Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa)

10. Podanie przez Panią/Pana danych w zakresie wynikającym z przepisu prawa jest warunkiem koniecznym do ubiegania się o dofinansowanie likwidacji barier technicznych, natomiast przekazanie przez Panią/Pana danych w oparciu o zgodę jest dobrowolne i nie ma wpływu na rozpatrzenie wniosku, przy czym może utrudnić kontakt z Panią/Panem w sprawie realizacji wniosku.

.....  
data, imię i nazwisko