



.....
potwierdzenie wpływu wniosku

Nr wniosku: PCPR.513.....

WNIOSEK T-K

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier technicznych*/w komunikowaniu się* w związku z indywidualnymi potrzebami
osoby niepełnosprawnej w miejscu zamieszkania**

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej):

Imię i nazwisko:PESEL

Adres zamieszkania: ul.nr domunr lokalu

Kod miejscowość:gmina:

Telefone-mail:

Rachunek bankowy Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej:

Właściciel rachunku bankowego:

Nazwa banku i nr rachunku:

Przedstawiciel ustawowy /podkreśl właściwe/: rodzic; opiekun prawny*; pełnomocnik*; (wypełnić jeżeli dotyczy), *dołączyć kopie zaświadczenia dot. ustanowienia opiekuna prawnego lub pełnomocnictwo (oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa).

Imię i nazwisko:PESEL

Adres zamieszkania: (wypełnić, gdy jest inny niż Wnioskodawcy):

ul.nr domunr lokaluKod

miejscowość:gmina: telefon

1. Stopień niepełnosprawności: (wstawić X we właściwej rubryce)

1. Znaczny / inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
- osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. Umiarkowany / inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy	
- inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. Lekki / pozostali inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy	
- osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
4. Osoby w wieku do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności	

2. Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie: (wstawić X we właściwej rubryce)

1. Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. Inna dysfunkcja narządu ruchu; osoba porusza się przy pomocy kul, chodzika	
3. Dysfunkcja narządu wzroku	
4. Dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
7. Inne, jakie.....	

3. Sytuacja zawodowa: (wstawić X we właściwej rubryce)

1. Zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą *	
2. Osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca *	
3. Bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy *	
4. Rencista /emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. Dzieci i młodzież do lat 18	

* niepotrzebne skreślić

4. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

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. (za miesiąc na osobę).

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

II. Informacja o korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON		<input type="checkbox"/> Tak (należy wypełnić tabelę)
		<input type="checkbox"/> Nie
Cel dofinansowania	Data, nr umowy, kwota dofinansowania	Czy rozliczono się z Funduszem (tak/nie)
Likwidacja barier architektonicznych		
Likwidacja barier technicznych		
Likwidacja barier w komunikowaniu się		
Zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny		
Inny (jaki)		

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że przedstawione przeze mnie informacje we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego, przyjmuje do wiadomości, że „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.
2. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązaną z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalenie przebiegu wizji/kontroli (m.in.: poprzez sporządzanie fotografii).
4. Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.

Wyjaśnienia:

1. Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, uwzględnia się wszystkie dochody w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
3. Zgodnie z art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w sprawach nieunormowanych przepisami ustawy stosuje się: Kodeks postępowania administracyjnego, Kodeks cywilny oraz Kodeks pracy.
4. Na podstawie art. 75 § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego - jako dowód należy dopuścić wszystko, co może przyczynić się do wyjaśnienia sprawy, a nie jest sprzeczne z prawem. W szczególności dowodem mogą być dokumenty, zeznania świadków, opinie biegłych oraz oględziny.
5. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków PFRON.

ZAWIADOMIENIE

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu informuje, że z dniem złożenia wniosku w tut. Centrum zostaje wszczęte postępowanie w sprawie rozpatrzenia wniosku dotyczącego likwidacji barier dla osoby niepełnosprawnej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Pouczenie

Stronom przysługuje prawo wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, w godzinach pracy tut. Centrum, tj. od poniedziałku do piątku, od 7.30 do 15.30, jednak nie jest obowiązkowe. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej, o każdej zmianie swego adresu. W razie zaniedbania obowiązku określonego wyżej doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

Tryb rozpatrzenia wniosku regulują przepisy: *ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* oraz *rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*.

Wnioski są rozpatrywane po otrzymaniu środków finansowych z PFRON na dany rok.

Potwierdzam zapoznanie się z treścią powyższego zawiadomienia.

.....
miejsowość

.....
data

.....
podpis Wnioskodawcy*, pełnomocnika*
przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*

* **niepotrzebne skreślić**

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA
dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu
-dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji technicznych/w komunikowaniu się

Prosimy wypełnić czytelnie.

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania.....

.....

Data urodzenia

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim):

.....

.....

.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów oraz choroby współistniejące:

.....

.....

4. Używane przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:

.....

.....

.....

5. Potrzeby w zakresie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych:

.....

.....
.....

6. Używany sprzęt rehabilitacyjny:

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

7. Potrzeby w zakresie sprzętu rehabilitacyjnego:

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

8. Niepełnosprawność dotyczy (zaznaczyć właściwe i opisać):

- narządu ruchu, w zakresie
- kończyny górne, w zakresie
- jednoczesna dysfunkcja kończyn(y) górnej i dolnej, w zakresie
- dysfunkcja narządu wzroku, w zakresie
- dysfunkcja narządu słuchu, w zakresie
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe), w zakresie
- inne schorzenia (podać jakie)

.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

Klauzula informacyjna dotycząca ochrony danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu

Zgodnie z art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016), zwanego dalej RODO informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowym Tomyślu, ul. Poznańska 30,
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Alicja Ślusarz tel. 61 4426771, e-mail: aslusarz@pcprnt.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz na podstawie art. 9 ust.1 lit. g RODO – przetwarzania jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym,
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, bądź podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie niezbędnym do realizacji celu przetwarzania oraz zgodnie z przepisami prawa w zakresie ich archiwizacji oraz instrukcją kancelaryjną,
6. Posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych. Realizacja tych praw musi być zgodna z przepisami prawa na podstawie których odbywa się ich przetwarzanie, RODO, ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego czy dotyczących archiwizacji.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest dobrowolne oraz warunkiem prowadzenia sprawy.
9. Przetwarzane Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Klauzula zgody

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016), zwanego dalej RODO, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Data i podpis

Załącznik nr 7 do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych/w komunikowaniu się — **wypełnia osoba upoważniona przez Wnioskodawcę do odbioru dofinansowania ze środków PFRON**

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru dofinansowania ze środków PFRON)

.....
(numer PESEL)

.....
(numer telefonu kontaktowego)

Przyjmuję do wiadomości, że w związku z podaniem przez Pana/Panią (imię i nazwisko Wnioskodawcy) moich danych osobowych zawartych we wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych/w komunikowaniu się, zgodnie z art. 14 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016), zwanego dalej RODO:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowym Tomysłu, ul. Poznańska 30,
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Alicja Ślusarz tel. 61 4426771, e-mail: aslusarz@pcprnt.pl,
3. Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz na podstawie art. 9 ust.1 lit. g RODO – przetwarzania jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym,
4. Odbiorcami moich danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, bądź podmioty, które przetwarzają moje dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych,
5. Moje dane osobowe przechowywane będą w czasie niezbędnym do realizacji celu przetwarzania oraz zgodnie z przepisami prawa w zakresie ich archiwizacji oraz instrukcją kancelaryjną,
6. Posiadam prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych. Realizacja tych praw musi być zgodna z przepisami prawa na podstawie których odbywa się ich przetwarzanie, RODO, ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego czy dotyczących archiwizacji.
7. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Podanie moich danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest dobrowolne oraz warunkiem prowadzenia sprawy.
9. Przetwarzane dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Klauzula zgody

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016), zwanego dalej RODO, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Data i podpis