

Zasady i procedury dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

Definicje pojęć:

Ilekoć w niniejszym dokumencie mowa jest o:

1. Zasadach i procedurach – należy przez to rozumieć „Zasady i procedury udzielania dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych”,
2. PFRON, FUNDUSZ – należy przez to rozumieć Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
3. PCPR – rozumie się przez to Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku,
4. Dyrektorze – należy przez to rozumieć Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku działającego z upoważnienia Starosty Szczecineckiego,
5. Formularzu wniosku – należy przez to rozumieć formularz wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się, ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych opracowany przez PCPR w Szczecinku,
6. Wnioskodawcy – rozumie się przez to osobę niepełnosprawną, której dotyczy wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się.

I. Postanowienia ogólne

1. Środki PFRON przyznawane w ramach dofinansowania służą likwidacji istniejących barier, a nie zabezpieczeniu potrzeb mieszkaniowych osoby niepełnosprawnej.
2. Dofinansowanie ze środków PFRON nie może obejmować budowy pomieszczeń sanitarno – higienicznych i modernizacji infrastruktury mieszkaniowej oraz kupna i montażu zwykłych sprzętów i wyposażenia (np.: luster, szafek łazienkowych, podgrzewaczy wody itp.).
3. Dofinansowaniem ze środków funduszu nie może być objęte dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych budynku wybudowanego przez Wnioskodawcę po powstaniu niepełnosprawności lub będącego w trakcie prac wykończeniowych.
4. Z uwagi na niewystarczające środki finansowe otrzymane z Funduszu zadanie pn. likwidacja barier architektonicznych zostaje wstrzymane.

Rozdział I.

Zasady określają możliwości dofinansowania likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się ze środków PFRON w tym:

- 1) katalog zawierający wykaz urządzeń z zakresu likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się, realizowanych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych,
- 2) zasady rozpatrywania wniosków o udzielenie dofinansowania,
- 3) zasady ustalania wysokości i rozliczenia przyznanego dofinansowania.

Rozdział II.

Tryb składania i zasady rozpatrywania wniosków

1. Wniosek składa się w PCPR właściwym dla miejsca zamieszkania osoby niepełnosprawnej. W imieniu osoby niepełnosprawnej wniosek może złożyć jej przedstawiciel ustawowy lub pełnomocnik.
2. Formularz wniosku o dofinansowanie likwidacji barier dzieli się na dwa rodzaje:
 - a) „Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych”.
 - b) „Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się”.
3. W terminie 10 dni od dnia złożenia wniosku PCPR informuje Wnioskodawcę o występujących we wniosku nieścisłościach, błędach lub brakujących załącznikach i wzywa Wnioskodawcę do ich usunięcia - w ciągu 30 dni. Nieusunięcie ich w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
4. Wnioski spełniające wymagania pod względem merytorycznym przekazywane są do rozpatrzenia.
5. Pracownik PCPR przeprowadza ocenę merytoryczną wniosku oraz przy pomocy karty oceny punktowej dokonuje oceny punktowej zgodnie z przyjętymi kryteriami i skalą punktową. Karta oceny punktowej wniosku dzieli się na dwa rodzaje:
 - a) karta oceny punktowej wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych, (Kryteria oceny wniosków dotyczących likwidacji barier technicznych),
 - b) karta oceny punktowej wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się, (Kryteria oceny wniosków dotyczących likwidacji barier w komunikowaniu się),
6. Przy rozpatrywaniu wniosków osoby fizycznej stosuje się „Kryteria punktowe” oraz bierze się pod uwagę:
 - b) całkowity koszt zadania,
 - c) stopień i rodzaj niepełnosprawności,
 - d) sytuację zawodową,
 - e) prowadzenie gospodarstwa domowego (samotnie lub z rodziną),
 - f) oraz wcześniejsze korzystanie przez wnioskodawcę ze środków Funduszu na likwidację barier.
7. Jeżeli w lokalu wnioskodawcy zamieszkuje więcej niż jedna osoba niepełnosprawna o adekwatnym rodzaju niepełnosprawności do wnioskodawcy punktacja określona w „kryteriach punktowych” dotycząca rodzaju niepełnosprawności podlega sumowaniu pod warunkiem, że nie złożyli oni odrębnych wniosków a zakres zadania obejmuje likwidację barier dla wszystkich niepełnosprawnych członków rodziny głównego wnioskodawcy.
8. Rozpatrywanie wniosków odbywa się w następujących etapach:
 - a. sprawdzenie, czy wniosek posiada wymagane załączniki oraz dokonanie opinii merytorycznej dotyczącej poprawności złożonego wniosku,
 - b. dokonanie oceny zasadności wniosku przez pracownika realizującego zadanie,
 - c. sprawdzenie wiarygodności podanych we wniosku informacji,
 - d. dokonanie weryfikacji wniosków według „kryteriów oceny”, (osoby, które otrzymały najwyższą liczbę punktów kwalifikowane są do dofinansowania),
 - e. przedstawienie złożonych wniosków o dofinansowanie likwidacji barier technicznych oraz w komunikowaniu się do zapoznania się Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w celu wydania opinii,

- f. realizacja wniosków o dofinansowanie następuje na bieżąco po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych aż do chwili ich wyczerpania wg kolejności złożonych wniosków oraz najwyższej ilości uzyskanych punktów – odrębnie dla każdego rodzaju zadania.
9. Podanie przez wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, bez względu na to, czego dotyczą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.
 10. Jeżeli wnioskodawca zmarł, wniosek nie podlega dalszemu rozpatrywaniu, należy przyjąć do rozpatrzenia kolejny wniosek, który otrzymał najwyższą ocenę punktową.
 11. Wnioskodawcy, którym nie zostało przyznane dofinansowanie, z powodu niewystarczającej ilości środków Funduszu przeznaczonych na likwidację barier w roku rozpatrywania wniosków, mogą wystąpić o dofinansowanie ponownie, składając nowy wniosek w roku następnym.
 12. Do wniosków należy dołączyć:
 - a) kopię orzeczenia, o którym mowa w art. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018r., poz. 511 z późn. zm.),
 - b) kopię orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób,
 - c) aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim,
 - d) oświadczenie o wysokości dochodów za kwartał poprzedzający złożenie wniosku i liczbie osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą,
 - e) ofertę cenową,
 - f) pełnomocnictwo w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej,
 13. Pierwsze rozpatrzenie wniosków następuje po dokonaniu podziału środków finansowych PFRON przez Radę Powiatu Szczecineckiego na dany rok.
 14. Wnioski rozpatrywane są na bieżąco w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku.
 15. W sprawie przyznania lub odmowy dofinansowania likwidacji barier ostatecznie decyduje Dyrektor PCPR, po zapoznaniu się ze stanowiskiem Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych.
 16. Od odmowy przyznania dofinansowania lub od przyznania dofinansowania w niższej wysokości niż wnioskowana odwołanie nie przysługuje.
 17. Wnioskodawca informowany jest o sposobie rozpatrzenia wniosku nie później niż w ciągu 7 dni od daty jego rozpatrzenia.
 18. W przypadku pozytywnej decyzji o przyznaniu dofinansowania, PCPR informuje Wnioskodawcę o miejscu i terminie podpisania umowy.
 19. Wnioski skierowane do negatywnego rozpatrzenia z uwagi na brak środków finansowych PFRON nie wymagają wydawania opinii Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych.
 20. Wnioski niezrealizowane w roku bieżącym np. z uwagi na brak środków finansowych nie przechodzą do realizacji na rok następny.

Rozdział III. Zasady ustalania wysokości dofinansowania, przekazania oraz rozliczenia środków PFRON

1. W związku ze znacznym niedoborem środków Funduszu w bieżącym roku w stosunku do istniejących potrzeb w zakresie dofinansowania likwidacji barier technicznych oraz w komunikowaniu się wprowadzam zasady dofinansowania - 50% kosztów wnioskowanego przedsięwzięcia nie więcej niż 8.000,00 zł.
2. Zakres rzeczowy i finansowy zakupu urządzeń określa oferta cenowa.
3. Dofinansowanie obejmuje koszt zakupu urządzenia, po przyznaniu środków finansowych i zawarciu przez wnioskodawcę umowy z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie.
4. Podstawę dofinansowania zadań z zakresu likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się stanowi umowa zawarta przez starostę szczecineckiego w imieniu, którego działa Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku z osobą niepełnosprawną lub jej przedstawicielem ustawowym.
5. Umowa na dofinansowanie określa w szczególności: kwotę dofinansowania, przedmiot dofinansowania, sposób przekazania dofinansowania oraz termin i sposób rozliczenia.
6. Przekazanie kwoty dofinansowania następuje w terminie 14 dni od dnia złożenia kompletu dokumentów rozliczeniowych, określonych w umowie o dofinansowanie likwidacji barier.

Rozdział IV.

Katalog zawierający wykaz urządzeń z zakresu likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się, realizowanych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych.

Katalog obejmuje wykaz urządzeń, przedmiotów z zakresu likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się które w zależności od indywidualnych potrzeb Wnioskodawcy mogą być dofinansowane ze środków PFRON.

Katalog nie ma charakteru zamkniętego i w zależności od indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej w uzasadnionych przypadkach mogą być dofinansowane inne sprzęty, urządzenia, lub czynności nie wymienione w niniejszym katalogu.

Definicje:

1. **Bariery techniczne** – to bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne.
Likwidacja barier technicznych polega przede wszystkim na inwestycjach w sprzęt techniczny pozwalający osobie niepełnosprawnej na sprawniejsze działanie w społeczeństwie i wydajniejsze funkcjonowanie.
2. **Bariery w komunikowaniu się** – to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.
Likwidacja barier w komunikowaniu się polega na umożliwieniu osobie niepełnosprawnej sprawniejsze porozumiewanie się w społeczeństwie oraz wydajniejsze jej funkcjonowanie przeważnie poprzez dokonywanie odpowiednich inwestycji.

I. Bariery techniczne:

Dofinansowaniem ze środków Funduszu może być objęty zakup urządzeń z zakresu likwidacji barier technicznych realizowanych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, w zależności od rodzaju niepełnosprawności zawartych w katalogu, który w szczególności obejmuje:

1. zakup sprzętu, który umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, w szczególności:
 - a) zakup podnośnika wannowego ułatwiającego wykonywanie czynności higieniczno-sanitarnych,
 - b) zakup schodolazu - transportera schodowego, urządzenia pokonującego codzienne przeszkody,
 - c) zakup platformy schodowej (nie obejmuje prac budowlanych),
 - d) zakup uchwytów lub siedziska,
 - e) zakup krzesła toaletowego,
 - f) zakup muszli WC oraz umywalki dotyczy osób poruszających się na wózkach inwalidzkich,
 - g) zakup łóżka rehabilitacyjnego,
 - h) zakup budzika wibracyjnego,
 - i) zakup brodzika z kabiną prysznicową bez montażu.
 - j) zakup pompy insulinowej,
 - k) zakup roweru trójkołowego,
 - l) zakup roweru typu tandem,
17. Z zastrzeżeniem, iż zakup sprzętu AGD nie wchodzi, co do zasady, w zakres pojęcia bariera techniczna, gdyż są to przedmioty przydatne w każdym gospodarstwie domowym, bez względu na to, czy służą osobom sprawnym czy niepełnosprawnym;
18. W szczególnych i uzasadnionych przypadkach, dofinansowaniem ze środków Funduszu mogą być objęte zakupy urządzeń z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych niewymienionych w katalogu, a będących podstawą prawidłowego funkcjonowania osoby niepełnosprawnej.

II. Bariery w komunikowaniu się:

1. Dofinansowaniem ze środków Funduszu może być objęty zakup urządzeń i specjalistyczne oprogramowanie z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się, które umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem w zależności od rodzaju niepełnosprawności zawartych w katalogu, który w szczególności obejmuje:
 - a) zakup i montaż specjalistycznej sygnalizacji świetlnej,
 - b) zakup telefonu komórkowego,
 - c) zakup specjalistycznych programów (udźwiękających, logopedycznych do komunikacji alternatywnej i wspomagającej),
 - d) zakup tableta)
2. Z wyłączeniem możliwości zakupu komputerów stacjonarnych oraz komputerów przenośnych

Rozdział V.
Kryteria oceny wniosków dotyczących
likwidacji barier technicznych.

1. Osoby z dysfunkcją narządów ruchu, poruszające się na wózku inwalidzkim lub po amputacji kończyn dolnych (w tym dzieci i młodzież do lat 16)

10 pkt
2. Osoby posiadające orzeczenie w związku z dysfunkcją narządów ruchu o stopniu niepełnosprawności:
 - znacznym dzieci i młodzież do lat 16 8 pkt
 - umiarkowanym 5 pkt
 - lekkim 3 pkt
3. Osoby posiadające orzeczenie w związku z dysfunkcją narządu wzroku o stopniu niepełnosprawności:
 - znacznym oraz dzieci i młodzież do lat 16 8 pkt
 - umiarkowanym 5 pkt
 - lekkim 3 pkt
4. Osoby posiadające orzeczenie z powodu innych dysfunkcji, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, uzasadniających likwidację barier technicznych o stopniu niepełnosprawności:
 - znacznym 8 pkt
 - umiarkowanym 5 pkt
 - lekkim 3 pkt
5. Zamieszkuje:
 - samotnie 5 pkt
 - z rodziną 2 pkt
6. Korzystanie ze środków PFRON na likwidację barier technicznych:
 - nie korzystał 4 pkt
 - korzystał powyżej 5 lat 1 pkt
 - korzystał powyżej 3 – 5 lat 0 pkt
7. Czy osoba niepełnosprawna ubiegała się o likwidację bariery w ostatnich 3 latach:
 - raz 1 pkt
 - dwa 2 pkt
 - trzy 3 pkt
8. Osoba niepełnosprawna jest mieszkańcem:
 - miasta 1 pkt
 - wsi 2 pkt
9. Sytuacja zawodowa
 - bezrobotny lub rencista w wieku aktywności zawodowej 5 pkt
 - osoba pracująca w wieku aktywności zawodowej 4 pkt
 - młodzież od lat 16 do lat 24 ucząca nie pracująca 3 pkt
 - dzieci do 16 roku życia 3 pkt
 - emeryt lub rencista poza wiekiem aktywności zawodowej 1 pkt

Rozdział VI.
Kryteria oceny wniosków dotyczących
likwidacji barier w komunikowaniu się.

1. osoby posiadające orzeczenie w związku z dysfunkcją narządu wzroku o stopniu niepełnosprawności:
- znacznym oraz dzieci i młodzież od 3 do 16 lat 8 pkt
 - umiarkowanym 5 pkt
 - lekkim 3 pkt
2. osoby posiadające orzeczenie w związku z dysfunkcją narządu mowy o stopniu niepełnosprawności:
- znacznym oraz dzieci i młodzież od 3 do 16 lat 8 pkt
 - umiarkowanym 5 pkt
 - lekkim 3 pkt
3. osoby posiadające orzeczenie w związku z dysfunkcją narządu słuchu o stopniu niepełnosprawności:
- znacznym dzieci i młodzież od 3 do 16 lat 8 pkt
 - umiarkowanym 5 pkt
 - lekkim 3 pkt
4. osoby posiadające orzeczenie w związku z porażeniem czterokończynowym lub całkowitym niedowładem kończyn górnych lub kończyn dolnych o stopniu niepełnosprawności:
- znacznym dzieci i młodzież od 3 do 16 lat 8 pkt
 - umiarkowanym 5 pkt
 - lekkim 3 pkt
5. osoby posiadające orzeczenie w związku z innymi schorzeniami z współistniejącymi wymienionymi w pkt 1, 2, 3 dysfunkcjami popartymi zaświadczeniem lekarza specjalisty o stopniu niepełnosprawności:
- dzieci i młodzież od lat 3 do 16 lat 8 pkt
 - znacznym 3 pkt
 - umiarkowanym 2 pkt
 - lekkim 0 pkt
6. sytuacja zawodowa:
- zatrudniony lub prowadzący działalność gospodarczą 4 pkt
 - młodzież od lat 16 do lat 26 ucząca się lub studiująca 3 pkt
 - dzieci i młodzież do lat 16 3 pkt
 - bezrobotny lub rencista poszukujący pracy 2 pkt
 - emeryt lub rencista nie zainteresowany podjęciem pracy 1 pkt
7. zamieszkuje:
- samotnie 5 pkt
 - z rodziną 2 pkt
 - z osobami niespokrewnionymi 3 pkt
8. deklarowany udział własny wnioskodawcy ponad obowiązkowe 20%:

- za każde 5% kosztów realizacji zadania 1 pkt

9. Korzystanie ze środków PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się:

- nie korzystał 2 pkt

- korzystał powyżej 5 lat 1 pkt

- korzystał powyżej 3 – 5 lat 0 pkt

10. Czy osoba niepełnosprawna ubiegała się o likwidację bariery w ostatnich 3 latach:

- raz 1 pkt

- dwa 2 pkt

- trzy 3 pkt

11. Osoba niepełnosprawna jest mieszkańcem:

- miasta 1 pkt

- wsi 2 pkt

RON.....MLL
nr kolejny wniosku

.....
data wpływu kompletnego wniosku do PCPR w Szczecinku



pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

WNIOSEK

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

A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

..... syn/córka

imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria nr wydany w dniu przez

(dowód osobisty)

nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu.....

(dokładny adres)

nr kodu poczta powiat

województwo nr tel./faxu (z nr. kier.).....

nazwa banku.....nr rachunku bankowego.....

I.A. Stopień niepełnosprawności ¹

| | |
|--|--|
| 1. znaczny, | |
| a) inwalidzi I grupy, | |
| b) osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji, | |
| c) osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny. | |
| 2. umiarkowany, | |
| a) inwalidzi II grupy, | |
| b) osoby całkowicie niezdolne do pracy, | |
| c) osoby całkowicie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, | |
| 3. lekki, | |
| a) pozostali inwalidzi III grupy | |
| b) osoby częściowo niezdolne do pracy, | |
| c) osoby częściowo niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym. | |

I.B. Rodzaj niepełnosprawności ¹

| | |
|---|--|
| 1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk | |
| 2. inna dysfunkcja narządu ruchu | |
| 3. dysfunkcja narządu wzroku | |
| 4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy | |
| 5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) | |
| 6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia | |

¹ wstawić X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

II. Sytuacja zawodowa ¹

| | |
|--|--|
| 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 | |

III.A. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum) ¹

| | |
|-----------------|--|
| 1. złe | |
| 2. przeciętne | |
| 3. dobre | |
| 4. bardzo dobre | |

III.B. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

1. dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*,
2. inne*
3. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (proszę podać kondygnację)
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy
5. opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, z wc*, bez wc*
6. łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*,
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych

III.C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje ¹

| | |
|---------------------------------|--|
| 1. samotnie | |
| 2. z rodziną | |
| 3. z osobami nie spokrewnionymi | |

III.D. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

| Imię i nazwisko – pokrewieństwo | niepełnosprawność | | Dochód miesięczny netto (zł) |
|---------------------------------|----------------------|---------------------|------------------------------|
| | stopień ² | rodzaj ³ | |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |

¹ proszę wstawić X we właściwej rubryce

² proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.A.

³ proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.B.

* niepotrzebne skreślić

IV. Średni dochód miesięczny (netto) na osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy ¹

| | |
|-----------------------|--|
| 1. poniżej 100.00 zł | |
| 2. 101.00 – 200.00 zł | |
| 3. 201.00 – 300.00 zł | |
| 4. 301.00 – 400.00 zł | |
| 5. 401.00 – 500.00 zł | |
| 6. 501.00 – 600.00 zł | |
| 7. 601.00 – 700.00 zł | |
| 8. 701.00 – 800.00 zł | |
| 9. powyżej 800.00 zł | |

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

| | (1) | (2) |
|---|-----|-----|
| 1. na likwidację barier urbanistycznych i architektonicznych | | |
| a) nie korzystałem | | |
| b) korzystałem | | |
| 2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się (jakich?) | | |
| 3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia | | |
| 4. korzystałem i nie rozliczyłem się | | |

I. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora

| | |
|---|---|
| 1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 20% | % |
| 2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania | % |
| Punktacja | |

II. Dane informujące o Wnioskodawcy ¹

| a) wykształcenie | zaznacz właściwe | b) rodzaj źródła utrzymania | Zaznacz właściwe |
|--------------------------------|------------------|--|------------------|
| 1. niepełne podstawowe | | 1. wynagrodzenie za pracę | |
| 2. podstawowe | | 2. przychody z działalności gospodarczej | |
| 3. zawodowe | | 3. renta stała*/emerytura* | |
| 4. średnie ogólnokształcące | | 4. renta okresowa | |
| 5. średnie zawodowe | | 5. renta szkoleniowa | |
| 6. policealne | | 6. zasiłek dla bezrobotnych | |
| 7. wyższe | | 7. zasiłek socjalny | |
| 8. wyższe ze stopniem naukowym | | 8. stypendium | |
| | | 9. alimenty*/inne* | |

III. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

IV. Cel likwidacji barier technicznych

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

V. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

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

¹ proszę wstawić X we właściwej rubryce

² proszę podać wysokość przyznanego dofinansowania (w zał.)

* niepotrzebne skreślić

VI. Przewidywany koszt realizacji zadania w zł: cyframi.....zł
(słownie:.....zł)

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania w zł: cyframi:.....zł
(słownie:.....zł)

co stanowi.....% ogólnych kosztów zadania.

Udokumentowana informacja o wysokości środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł finansowania zadania:

1. Deklarowane środki własne.....zł

2. Inne źródła finansowania ogółem:.....zł, z tego:

.....zł; źródło-.....

.....zł; źródło-.....

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania, do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:.....zł.

Źródła finansowania.....

.....

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 oraz art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny (Dz. U. z 2018., poz. 1600 z późn. zm)) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni.

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

Przedstawiciel ustawowy(dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn/córka

imię (imiona) i nazwisko

imię ojca

seria nr wydany w dniu przez

(dowód osobisty)

nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

(dokładny adres)

nr kodu-..... poczta powiat

województwo nr tel./faxu (z nr. kier.).....

ustanowiony opiekunem /pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt*/na mocy pełnomocnika potwierdzonego przez Notariusza
..... z dn. repet. nr

** niepotrzebne skreślić*

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późniejszymi zmianami).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności.
4. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą (dokumenty potwierdzające osiągnięte dochody do wglądu).
5. Oferta cenowa sprzętu lub faktura proforma.
6. Pełnomocnictwo.

Szczecinek, dnia

.....
.....
.....
(imię i nazwisko, adres)

O Ś W I A D C Z E N I A

Ja niżej podpisana(y),
legitymująca(y) się dowodem osobistym seria Nr oświadczam, że:

1. przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający złożenie wniosku **wynosił:** zł (słownie:)

gospodarstwo domowe prowadzę samotnie,

we wspólnym gospodarstwie domowym wraz ze mną pozostaje osób,

2. nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i **nie byłam/em w ciągu trzech lat** przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy,

3. uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1 i 2, ustawy z dnia 06 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2018r., poz. 1600 z późn. zm.) dane zawarte we wniosku oraz w załączonych wymaganych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym,

4. o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku w ciągu **14 dni od ich wystąpienia**,

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy,
Przedstawiciela Ustawowego, Pełnomocnika

*Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Wiatraczna 1
78-400 Szczecinek
Tel 947137104*

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

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny.....
.....
2. Ewentualnie potrzeby w zakresie urządzeń technicznych :
.....
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pola znakiem X):

| | |
|---|----------------------------|
| narząd ruchu w zakresie: | pieczętka i podpis lekarza |
| osoba poruszająca się na wózku | pieczętka i podpis lekarza |
| dysfunkcja co najmniej jednej kończyny górnej | pieczętka i podpis lekarza |
| dysfunkcja narządu wzroku | pieczętka i podpis lekarza |
| inne schorzenia powodujące problemy codziennego funkcjonowania (jakie?) | pieczętka i podpis lekarza |

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.Urz. UE L 2016, Nr 119, s. 1) zwaną – RODO – informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku.
- 2) w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować również z wyznaczonym przez nas inspektorem ochrony danych kierując korespondencję na adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych lub na adres e-mail: iod@powiat.szczecinek.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 lit. c, d, f oraz art. 9 ust 2 b, g, j RODO, w celu rozpatrzenia Pani/Pana wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **likwidacji barier technicznych** w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, a także przekazania oraz rozliczenia przyznanego dofinansowania, w związku z § 10, § 11 oraz § 13 pkt 4 i § 14 Rozporządzenia 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 926); podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych będzie również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tzn. wyrażona przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych, których podanie jest dobrowolne i nie wynika z wymogów prawa, cel przetwarzania tych danych osobowych będzie wskazywany każdorazowo w czasie uzyskiwania Pani/Pana zgody;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organy publiczne, jednostki lub inne podmioty, którym mogą być ujawnione dane, sprzedawcy, usługodawcy, kurierzy oraz operator pocztowy, w zakresie niezbędnym do doręczania korespondencji.
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt stanowiącym załącznik nr 3 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14 poz. 67), przez okres minimum 10 lat liczony w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy.
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, oraz w uzasadnionych przypadkach prawo do żądania ograniczenia przetwarzania; w odniesieniu do danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do żądania usunięcia danych oraz prawo do przenoszenia danych.
- 8) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania;
- 9) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy rozporządzenia RODO.
- 10) Podanie danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów § 11 ww. rozporządzenia, a odmowa ich podania będzie skutkowałą brakiem możliwości rozpatrzenia Pani/Pana wniosku.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Informujemy, że poniższa zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczenie o wycofaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej na podany wyżej adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

numeru telefonu

zaświadczenia lekarskiego

przez administratora danych, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania oraz weryfikacji potrzeb wynikających z niepełnosprawności sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **likwidacji barier technicznych**.

2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach przysługujących mi w związku z przetwarzaniem moich danych.

.....
(data i czytelny podpis)

RON. 2019.PŚ
znak sprawy

.....
data wpływu kompletnego wniosku do PCPR w Szczecinku

.....
Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

W N I O S E K

O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zakupu urządzeń (wraz z montażem*) lub wykonania usług* z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu załącznik nr ...”

(Wniosek proszę wypełnić drukowanymi literami).

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (osoby niepełnosprawnej)

..... syn/córka*.....
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
(dowód osobisty)

data urodzenia nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu.....
(adres zamieszkania)

nr kodu-..... poczta powiat

województwo nr tel./faxu (z nr kier.)

nazwa banku.....

nr rachunku bankowego.....

Proszę o dofinansowanie
podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż) rodzaj usługi

którego łączna wysokość wynosizł

(słowniezł)

co stanowi 100 % ceny brutto.

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w wysokości: zł

(słownie.....)

co stanowi% ceny brutto

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz a montażem*/ kosztem wykonania usługi*, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

*niepotrzebne skreślić

Proszę opisać jaki jest cel likwidacji barier, co dzięki temu zostanie osiągnięte na ile zostaną poprawione warunki codziennego funkcjonowania.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY:

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (1)

| | |
|--|--|
| 1. znaczny | |
| a) inwalidzki I grupy, | |
| b) osoby całkowicie niezdolny do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji, | |
| c) osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, | |
| d) osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny). | |
| 2. umiarkowany | |
| a) inwalidzki II grupy, | |
| b) osoby całkowicie niezdolne do pracy, | |
| c) inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę, | |
| 3. lekki | |
| a) pozostali inwalidzi III grupy, | |
| b) osoby częściowo niezdolne do pracy, | |
| c) osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym. | |

II. Rodzaj niepełnosprawności (1)

| | |
|---|--|
| 1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim: wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk | |
| 2. inna dysfunkcja narządu ruchu | |
| 3. dysfunkcja narządu słuchu | |
| 4. dysfunkcja narządu wzroku | |
| 5. dysfunkcja narządu mowy | |
| 6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) | |
| 7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia | |

III. Sytuacja zawodowa (1)

| | |
|---|--|
| 1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą* | |
| 2. młodzież w wieku od 18 lat do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca* | |
| 3. bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy* | |
| 4. rencista*/emeryt* niezainteresowany podjęciem pracy | |
| 5. dzieci i młodzież do 18 lat | |

(1) proszę wstawić znak **X** we właściwej rubryce

IV. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (1)

| | |
|---|--|
| 1. na likwidację barier w komunikowaniu się: | |
| 1.1. nie korzystałem | |
| 1.2. korzystałem (w tym ze środków przyznanych przez PFRON) | |
| a) przedmiot dofinansowania | |
| b) data otrzymania dofinansowania | |
| c) kwota dofinansowania | |
| 2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się | |
| 3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia | |
| 4. korzystałem i nie rozliczyłem się | |

V. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten sam cel

.....

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

..... syn/córka*
 imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
 (dowód osobisty)

nr PESEL nr NIP

miejscowość ulica nr domu nr lokalu
 adres stałego zameldowania

nr kodu-..... poczta powiat

województwo nr tel./faxu (nr kier.)

ustanowiony Opiekunem*/Pełnomocnikiem*

*postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.sygn. akt

* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dn. repet. Nr

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce
 * niepotrzebne skreślić

Szczecinek, dnia

.....
.....
.....
(imię i nazwisko, adres)

O Ś W I A D C Z E N I A

Ja niżej podpisana(y),
legitymująca(y) się dowodem osobistym seria Nr oświadczam, że:

1.

gospodarstwo domowe prowadzę samotnie,

we wspólnym gospodarstwie domowym wraz ze mną pozostaje osób,

przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający złożenie wniosku **wynosił:** zł (słownie:)

2. nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i **nie byłam/em w ciągu trzech lat** przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy,

3. uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1 i 2, ustawy z dnia 06 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2018r., poz. 1600 z późn. zm.) dane zawarte we wniosku oraz w załączonych wymaganych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym,

4. o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku w ciągu **14 dni od ich wystąpienia,**

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy,
Przedstawiciela Ustawowego, Pełnomocnika)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Wiatraczna 1
78-400 Szczecinek
Tel 947137104

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.Urz. UE L 2016, Nr 119, s. 1) zwaną – RODO – informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku.
- 2) w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować również z wyznaczonym przez nas inspektorem ochrony danych kierując korespondencję na adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych lub na adres e-mail: iod@powiat.szczecinek.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 lit. c, d, f oraz art. 9 ust 2 b, g, j RODO, w celu rozpatrzenia Pani/Pana wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **likwidacji barier w komunikowaniu się** w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, a także przekazania oraz rozliczenia przyznanego dofinansowania, w związku z § 10, § 11 oraz § 13 pkt 4 i § 14 Rozporządzenia 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 926); podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych będzie również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tzn. wyrażona przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych, których podanie jest dobrowolne i nie wynika z wymogów prawa, cel przetwarzania tych danych osobowych będzie wskazywany każdorazowo w czasie uzyskiwania Pani/Pana zgody;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organy publiczne, jednostki lub inne podmioty, którym mogą być ujawnione dane, sprzedawcy, usługodawcy, kurierzy oraz operator pocztowy, w zakresie niezbędnym do doręczania korespondencji.
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt stanowiącym załącznik nr 3 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14 poz. 67), przez okres minimum 10 lat liczony w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy.
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, oraz w uzasadnionych przypadkach prawo do żądania ograniczenia przetwarzania; w odniesieniu do danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do żądania usunięcia danych oraz prawo do przenoszenia danych.
- 8) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania;
- 9) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy rozporządzenia RODO.
- 10) Podanie danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów § 11 ww. rozporządzenia, a odmowa ich podania będzie skutkowała brakiem możliwości rozpatrzenia Pani/Pana wniosku.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Informujemy, że poniższa zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczenie o wycofaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej na podany wyżej adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

numeru telefonu

zaświadczenia lekarskiego

przez administratora danych, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania oraz weryfikacji potrzeb wynikających z niepełnosprawności sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **likwidacji barier w komunikowaniu się**.

2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach przysługujących mi w związku z przetwarzaniem moich danych.

.....
(data i czytelny podpis)

Wymagane załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu).
2. Kopia aktualnych orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (oryginał do wglądu).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności.
4. Oświadczenie o wysokości dochodów (dokumenty potwierdzające osiągnięte dochody do wglądu średnia z kwartału poprzedzającego złożenie wniosku).
5. Oferta cenowa wnioskowanego urządzenia od sprzedawcy.

Adnotacje przyjmującego wniosek

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

.....
Sporządzający(data i podpis)

I. Ocena zasadności wniosku

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

.....
Sporządzający(data i podpis)

II. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
Zatwierdzający(data i podpis)

Załącznik do formularza wniosku: dotyczy formularzy wniosków w ramach dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **likwidacji barier w komunikowaniu się** w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych.

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

....., dnia.....

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE
Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualnie potrzeby w tym zakresie:

.....

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pola znakiem X):

| | |
|--|----------------------------|
| narząd ruchu w zakresie: | |
| | pieczętka i podpis lekarza |
| osoba z porażeniem czterokończynowym | |
| | pieczętka i podpis lekarza |
| osoba z dysfunkcją narządu słuchu | |
| | pieczętka i podpis lekarza |
| osoba z dysfunkcją narządu mowy | |
| | pieczętka i podpis lekarza |
| znaczny niedowład kończyn górnych | |
| | pieczętka i podpis lekarza |
| znaczny niedowład kończyn dolnych | |
| | pieczętka i podpis lekarza |
| dysfunkcja narządu wzroku | |
| | pieczętka i podpis lekarza |
| inne schorzenia powodujące problemy codziennego funkcjonowania (jakie?) | |
| | pieczętka i podpis lekarza |

Zasady i procedury udzielania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych

Definicje pojęć:

1. Centrum - oznacza Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku
2. Fundusz - oznacza Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. Ustawa – oznacza Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127 poz. 721 z późn. zm.).
4. Rozporządzenie – oznacza Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.).
5. Osoba niepełnosprawna – oznacza osobę posiadającą orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności osób do 16 roku życia albo osobę posiadającą orzeczenie równoważne zgodnie z art. 5, art. 5 a oraz art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.
6. Turnus - to zorganizowana forma aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku, której celem jest ogólna poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników, między innymi przez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizację i rozwijanie zainteresowań, a także przez udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu(art. 10 c ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych).
7. Przeciętne wynagrodzenie - oznacza przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20, pkt. 2 Ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Rozdział I.

Zasady określają możliwości dofinansowania uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych ze środków PFRON w tym:

1. Warunki, jakie muszą spełniać wnioskodawcy ubiegający się o udzielenie dofinansowania.
2. Wysokość dofinansowania.
3. Zasady rozpatrywania i realizacji wniosków o udzielenie dofinansowania.

Rozdział II.

Warunki, jakie muszą spełniać wnioskodawcy ubiegający się o udzielenie dofinansowania

1. Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie po warunkiem że:

- a) posiada ważne orzeczenie, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem,
- b) została skierowana na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduje,
- c) w roku którym ubiega się o dofinansowanie, nie uzyskała na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu,
- d) weźmie udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej,
- e) wybierze organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów,
- f) będzie uczestniczyła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrała,
- g) nie będzie pełniła funkcji członka kadry na turnusie ani nie będzie opiekunem innego uczestnika tego turnusu,
- h) złoży oświadczenie o wysokości dochodu obliczonego zgodnie z art. 10 e ust. 1 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej wraz z informacją o liczbie osób we wspólnym gospodarstwie domowym,
- i) przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku nie przekracza kwoty :

- 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym
- 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej

- j) w przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawi podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie o aktualnym stanie zdrowia, a w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach.

2. Dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym opiekuna może być przyznane osobie niepełnosprawnej o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osobie niepełnosprawnej w wieku do 16 lat pod warunkiem że:

- a) wniosek lekarza, zawiera wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna

- b) opiekun

- nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- ukończył 18 lat,
- ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

3. Osoba niepełnosprawna ubiegająca się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków Funduszu powinna:

- a) złożyć wniosek o dofinansowanie w Centrum osobiście, za pośrednictwem opiekuna lub organizatora turnusów rehabilitacyjnych (druk wniosku dostępny jest na stronie internetowej BIP Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie oraz w siedzibie Centrum w Szczecinku),

- b) załączyć wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduje, o skierowanie na turnus rehabilitacyjny,

- c) załączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopię wypisu z treści orzeczenia traktowane na równi z tym orzeczeniem albo kopię orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
- d) oświadczenie wnioskodawcy o dochodach wraz z udokumentowaniem tych dochodów,
- e) zaświadczenie ze szkoły / uczelni o kontynuowaniu nauki w przypadku osoby uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lata,
- f) kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego (oryginał do wglądu).

Rozdział II. Wysokość dofinansowania.

1. Wysokość dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym wynosi:
 - a) **30 %** przeciętnego wynagrodzenia dla osoby niepełnosprawnej ze znacznym stopniem niepełnosprawności, osoby niepełnosprawnej w wieku do 16 roku życia oraz osoby niepełnosprawnej w wieku 16-24 lat uczącej się i niepracującej, bez względu na stopień niepełnosprawności,
 - b) **27%** przeciętnego wynagrodzenia dla osoby niepełnosprawnej z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności,
 - c) **25 %** przeciętnego wynagrodzenia dla osoby niepełnosprawnej z lekkim stopniem niepełnosprawności,
 - d) **20%** przeciętnego wynagrodzenia dla opiekuna osoby niepełnosprawnej,
 - e) **20%** przeciętnego wynagrodzenia dla osoby niepełnosprawnej zatrudnionej w zakładzie pracy chronionej, niezależnie od posiadanego stopnia niepełnosprawności.
2. **W przypadku przekroczenia dochodu dofinansowanie pomniejsza się o kwotę,** o którą dochód ten został przekroczony. W sytuacji gdy osoba niepełnosprawna ubiega się o dofinansowanie pobytu opiekuna a jej dochód przekracza kryterium dochodowe, wysokość dofinansowania dla opiekuna pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną również podlega zmniejszeniu o kwotę tego przekroczenia.
3. Kwoty dofinansowania podlegają zaokrągleniu do pełnego złotego.
4. Ze środków Funduszu nie może być dofinansowane uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym, finansowanym w części lub w całości na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń albo o ubezpieczeniu społecznym .

Rozdział III.

Zasady rozpatrywania i realizacji wniosków o udzielenie dofinansowania.

1. Wydawanie i przyjmowanie wniosków odbywać się będzie w terminie od 01 marca 2019 do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na dofinansowanie do turnusów rehabilitacyjnych
2. Centrum w terminie 10 dni od dnia złożenia wniosku, informuje wnioskodawcę o występujących uchybieniach, które powinny zostać usunięte w terminie 30 dni od dnia otrzymania w/w informacji. Nieusunięcie ich w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
3. Przy rozpatrywaniu wniosków bierze się pod uwagę stopień i rodzaj niepełnosprawności wnioskodawcy oraz wpływ niepełnosprawności na możliwość realizacji przez wnioskodawcę kontaktów społecznych w codziennym funkcjonowaniu, a także uwzględnia się na korzyść wnioskodawcy fakt nieskorzystania z dofinansowania w roku poprzednim.
4. Wnioski rozpatrywane będą w okresach miesięcznych tj.
 - a) I termin rozpatrzenia dotyczy wniosków złożonych od 1 marca 2019 do 31 marca 2019 r.
 - b) II termin rozpatrzenia dotyczy wniosków złożonych od 1 kwietnia 2019 do 30 kwietnia 2019 r.
 - c) III termin rozpatrzenia dotyczy wniosków złożonych od 1 maja 2019 do 31 maja 2019 r.
 - d) IV termin rozpatrzenia dotyczy wniosków złożonych od 1 czerwca 2019 do 30 czerwca 2019 r.
 - e) V termin rozpatrzenia dotyczy wniosków złożonych od 1 lipca 2019 do 31 lipca 2019 r.
 - f) VI termin rozpatrzenia dotyczy wniosków złożonych od 1 sierpnia 2019 do 31 sierpnia 2019 r.
5. Pierwszeństwo w uzyskaniu dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego mają następujące osoby:
 - a) **w pierwszej kolejności** osoby niepełnosprawne w wieku do 16 lat albo w wieku do 24 lat uczące się i nie pracujące bez względu na stopień niepełnosprawności;
 - b) **w drugiej kolejności** osoby niepełnosprawne, które złożyły po raz pierwszy wnioski o dofinansowanie i posiadają orzeczenia o zaliczeniu do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności albo równoważne – które nigdy nie korzystały z dofinansowania.
 - c) **w trzeciej kolejności** osoby, które posiadają orzeczenia o zaliczeniu do znacznego, umiarkowanego albo równoważnego, które od 5 lat i więcej nie korzystały z dofinansowania.
 - d) **w czwartej kolejności** pozostałe osoby niepełnosprawne.

5. Wnioski na turnusy rehabilitacyjne rozpatrywane będą wg obowiązujących zasad po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i po podjęciu uchwały przez Radę Powiatu Szczecineckiego o podziale środków na zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych.
6. W przypadku gdy Centrum ma wątpliwości w sprawie przyznawanego dofinansowania, a w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mające wpływ na przyznanie dofinansowania, powiadamia wnioskodawcę o konieczności złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
7. W rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie bierze udział pracownik socjalny, oceniający sytuację społeczną osoby niepełnosprawnej i jej potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych.
8. Centrum w terminie 7 dni od rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie powiadamia w formie pisemnej wnioskodawcę o sposobie jego rozpatrzenia. Informuje przy tym o wysokości przyznanego dofinansowania bądź też uzasadnia odmowę jego przyznania.
9. Osoba, która otrzymała dofinansowanie dokonuje wyboru ośrodka i terminu turnusu oraz powiadamia o tym Centrum w terminie 30 dni od daty otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego.
10. Centrum pomocy po otrzymaniu informacji o wyborze turnusu rehabilitacyjnego w terminie 7 dni sprawdza w rejestrach ośrodków i organizatorów:
 - a) czy wybrany przez osobę niepełnosprawną ośrodek i organizator tego turnusu posiadają odpowiednio wpis do rejestru ośrodków i organizatorów, obejmujący okres trwania turnusu wybranego przez osobę niepełnosprawną,
 - b) czy ośrodek, w którym odbędzie się turnus, jest uprawniony do przyjmowania osób niepełnosprawnych z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami lub schorzeniami na turnus wybrany przez osobę niepełnosprawną,
 - c) czy organizator tego turnusu jest uprawniony do organizowania turnusu wybranego przez osobę niepełnosprawną z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami lub schorzeniami.
12. W przypadku niespełnienia któregokolwiek z w/w warunków Centrum w terminie 7 dni informuje osobę niepełnosprawną o konieczności dokonania wyboru innego ośrodka lub organizatora turnusu rehabilitacyjnego, pod rygorem nieprzekazania przyznanego dofinansowania.
13. Przekazanie dofinansowania organizatorowi turnusu rehabilitacyjnego następuje w terminie 7 dni od dnia otrzymania oświadczenia organizatora, jednak nie później niż na 7 dni przed dniem rozpoczęcia tego turnusu.

14. Dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym nie nastąpi, jeżeli organizator lub ośrodek w okresie trwania turnusu, nie będą posiadali aktualnego wpisu do rejestru ośrodków lub organizatorów.
15. Kwota dofinansowana uczestnictwa w turnusie przyznana osobie niepełnosprawnej jest przekazana na rachunek bankowy organizatora turnusu.
16. Wzór wniosku stanowi załącznik Nr 5 do niniejszego zarządzenia.
17. Zasady dofinansowania uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych ze środków PFRON zostały zatwierdzone przez Powiatową Społeczną Radę do Spraw Osób Niepełnosprawnych.
18. Trybu odwoławczego od rozpatrzenia wniosku zgodnie z Rozporządzeniem w sprawie turnusów rehabilitacyjnych – brak.
19. Wnioskodawca może dokonać rezerwacji miejsca na turnusie rehabilitacyjnym dopiero po rozpatrzeniu wniosku przez Dyrektora Centrum i otrzymaniu informacji o przyznanej dofinansowaniu do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym. Konsekwencje zarezerwowania miejsca na turnusie przed uzyskaniem dofinansowania ponosi wyłącznie wnioskodawca. Obowiązkiem osoby niepełnosprawnej przy wyborze turnusu rehabilitacyjnego, jest sprawdzić:
- Czy wybrany ośrodek i organizator tego turnusu posiadają odpowiednio wpis do rejestru ośrodków i organizatorów, obejmujący okres trwania turnusu
 - Czy ośrodek i organizator, jest uprawniony do przyjmowania z określonymi w orzeczeniu symbolami niepełnosprawności zawartymi w orzeczeniu osoby niepełnosprawnej

| | |
|-------------|---|
| 01-U | upośledzenie umysłowe; |
| 02-P | choroby psychiczne; |
| 03-L | zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu; |
| 04-O | choroby narządu wzroku; |
| 05-R | upośledzenie narządu ruchu; |
| 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, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego. |
| 12C- | całościowe zaburzenia rozwojowe |

W przypadku braku symboli niepełnosprawności należy, brać pod uwagę schorzenia zawarte we wniosku lekarskim.

Informację o ośrodkach i organizatorach turnusów można uzyskać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku lub na stronie internetowej:

- <https://empatia.mpips.gov.pl>

ZAŁĄCZNIK NR 5
DO ZARZĄDZENIA NR 15/2019
STAROSTY POWIATU SZCZECINECKIEGO
Z DNIA 01 KWIETNIA 2019 R.

RON.....MLL

nr kolejny wniosku

**Wniosek o dofinansowanie
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*.....

Data urodzenia.....

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik (imię nazwisko, adres zamieszkania).....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

POSIADANE ORZECZENIE**

a) o stopniu niepełnosprawności Znacznym Umiarkowanym Lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III

c) o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy
 o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji

d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Orzeczenie ma charakter**:
 trwałe okresowe do dnia.....

Korzystałem/am z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON**

Tak (podać rok)..... Nie

Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej** Tak Nie

Imię i nazwisko opiekuna.....

(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

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...../jestem osobą samotną**

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.***

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

Wypełnia PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....
Adres zamieszkania*.....
.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuch |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)..... |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**:

- Nie
- Tak- uzasadnienie.....
.....
.....
.....
.....

UWAGI:

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

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej w jej imieniu rodzice, bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*.....

Rodzaj turnusu.....

termin turnusu: od.....do.....

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym).....

.....

.....

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres (z kodem pocztowy).....

.....

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, s. 1) zwanego dalej RODO – informując, iż:

- 11) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku.
- 12) w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować również z wyznaczonym przez nas Inspektorem ochrony danych kierując korespondencję na adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych lub na adres e-mail: iod@powiat.szczecinek.pl;
- 13) Pani/Pana dane osobowe będziemy przetwarzać na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, d, f oraz art. 9 ust 2 lit. b, g, j RODO, w celu rozpatrzenia Pani/Pana wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, a także przekazania oraz rozliczenia przyznanego dofinansowania, w związku z art. 35a pkt 7 ust. a, ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2018 r., poz. 511 ze zm.) oraz z przepisami rozdziału 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. Nr 230 poz. 1694 ze zm.); podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych będzie również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tzn. wyrażona przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych, których podanie jest dobrowolne i nie wynika z wymogów prawa, cel przetwarzania tych danych osobowych będzie wskazywany każdorazowo w czasie uzyskiwania Pani/Pana zgody*;
- 14) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organizator turnusu oraz operator pocztowy, w zakresie niezbędnym do doręczenia korespondencji;
- 15) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 16) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat na podstawie jednolitego rzeczowego wykazu akt stanowiących załącznik nr 3 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14 poz. 67), lub wymagany na podstawie ww. ustaw.;
- 17) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, oraz w uzasadnionych przypadkach prawo do żądania ograniczenia przetwarzania; w odniesieniu do danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do żądania usunięcia danych* oraz prawo do przenoszenia danych**
- 18) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania;
- 19) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy rozporządzenia RODO;
- 20) Podanie danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów § 5 ww. rozporządzenia, a odmowa ich podania będzie skutkowałą brakiem możliwości rozpatrzenia Pani/Pana wniosku.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Informujemy, że poniższa zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczenie o wycofaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej na podany wyżej adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku.

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

numeru telefonu.....

przez administratora danych, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

5. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
6. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach przysługujących mi w związku z przetwarzaniem moich danych.

.....
(data i czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE
opiekuna osoby niepełnosprawnej
dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer PESEL

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej
zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego i zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie dofinansowania do kosztów uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym dla opiekuna osoby niepełnosprawnej.

Oświadczam, że jest mi wiadomym, że dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych przysługuje jeden raz w roku.

Oświadczam, że nie będę jednocześnie pełnił funkcji członka kadry na turnusie, oraz, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

.....
/data - dzień, miesiąc, rok/

.....
/czytelny podpis opiekuna/

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Informujemy, że poniższa zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczenie o wycofaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej na podany wyżej adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku.

7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

numeru telefonu.....

przez administratora danych, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

8. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

9. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach przysługujących mi w związku z przetwarzaniem moich danych.

.....
/data - dzień, miesiąc, rok/

.....
/czytelny podpis opiekuna/

*Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Wiatraczna 1
78-400 Szczecinek
Tel 947137104*

**Zasady dofinansowania osobie niepełnosprawnej do zaopatrzenia
w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ze środków finansowych Państwowego
Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

1. W związku z ograniczonymi środkami finansowymi PFRON ustala się dofinansowanie do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów na poziomie dofinansowania przyznanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
2. Pozostałe uwarunkowania i wymogi określa rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2017 r. poz. 1061z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015r. poz. 926).

Szczecinek, dnia

.....
.....
.....
(imię i nazwisko, adres)

O Ś W I A D C Z E N I A

Ja niżej
podpisana(y), legitymująca(y) się dowodem osobistym seria Nr
oświadczam, że:

- gospodarstwo domowe **prowadzę samotnie**,
 gospodarstwo domowe **prowadzę wspólnie** - wraz ze mną pozostaje osób,

- 1. przeciętny miesięczny dochód** rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający złożenie wniosku **wynosił:** zł (słownie:)
- 2. nie posiadam wymagalnych zobowiązań** wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i **nie byłam/em w ciągu trzech lat** przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy,
- 3.** uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1 i 2, ustawy z dnia 06 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2018r., poz. 1600 z późn. zm.) dane zawarte we wniosku oraz w załączonych wymaganych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym,
- 4. o zmianach** zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku w ciągu **14 dni od ich wystąpienia**,
- 5. wyrażam zgodę na** przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: numer telefonu, przez administratora danych, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów,
- 6.** podaję dane osobowe dobrowolnie i są one zgodne z prawdą,
- 7.** zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach przysługujących mi w związku z przetwarzaniem moich danych.

Informujemy, że powyższa zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczenie o wycofaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej na podany wyżej adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy,
Przedstawiciela Ustawowego, Pełnomocnika)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku
78-400 Szczecinek, ul. Wiatraczna 1
tel. 094 71 37 109

**ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZAOPATRZENIA
W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE:**

1. kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
2. oryginał faktury VAT za zakup środków pomocniczych **z uwzględnionym dofinansowaniem:**
 - a) całkowitego kosztu zakupu,
 - b) kwoty opłaconej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego,
 - c) kwoty udziału własnego,
- lub**
 - a) faktura proforma (kosztorys) określająca cenę zakupu środka pomocniczego lub ortopedycznego z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach NFZ i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji,
3. kopia zlecenia na zaopatrzenie w środki pomocnicze lub przedmioty ortopedyczne potwierdzona **„za zgodność z oryginałem”** przez świadczeniodawcę,
4. kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu), jeżeli wnioskodawca działa poprzez opiekuna prawnego,
5. oświadczenie o wysokości dochodów (dokumenty potwierdzające osiągnięte dochody do wglądu z kwartału poprzedzającego złożenie wniosku).



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE



78-400 Szczecinek, ul. Wiatraczna 1, tel / fax (94) 71 37 101 lub 71 37 103

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, s. 1) zwanego dalej RODO – **informuję, iż:**

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku,
- 2) w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować również z wyznaczonym przez nas Inspektorem ochrony danych kierując korespondencję na adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych lub na adres e-mail: iod@powiat.szczecinek.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe będziemy przetwarzać na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, d, f oraz art. 9 ust 2 lit. b, g i j RODO, w celu rozpatrzenia Pani/Pana wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do **zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów, a także przekazania oraz rozliczenia przyznanego dofinansowania, w związku z art. 35a ust. 7 lit c) ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2018 r., poz. 511 ze zm.) oraz z przepisami Rozporządzenia 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 (tekst jednolity Dz.U. z 2015r. poz. 926) § 10, § 11 oraz § 13 pkt 2 ust 1, 2 lit a) i b), pkt 3 i § 14; podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych będzie również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tzn. wyrażona przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych, których podanie jest dobrowolne i nie wynika z wymogów prawa, cel przetwarzania tych danych osobowych będzie wskazywany każdorazowo w czasie uzyskiwania Pani/Pana zgody,
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organy publiczne, jednostki lub inne podmioty, którym mogą być ujawnione dane, sprzedawcy, usługodawcy, kurierzy oraz operator pocztowy, w zakresie niezbędnym do doręczania korespondencji,
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej,
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt stanowiącym załącznik nr 3 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14 poz. 67), przez okres 5 lat liczony w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy, lub wymagany na podstawie ww. ustaw,
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, oraz w uzasadnionych przypadkach prawo do żądania ograniczenia przetwarzania; w odniesieniu do danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do żądania usunięcia danych oraz prawo do przenoszenia danych,
- 8) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania,
- 9) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy rozporządzenia RODO,
- 10) Podanie danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów § 11 ww. rozporządzenia, a odmowa ich podania będzie skutkowałą brakiem możliwości rozpatrzenia Pani/Pana wniosku.

*Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku
78-400 Szczecinek ul. Wiatraczna 1
tel. 094 71 37 109*

**Zasady dofinansowania osobie niepełnosprawnej do zaopatrzenia
w sprzęt rehabilitacyjny ze środków finansowych
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

1. W związku z ograniczonymi środkami finansowymi PFRON w stosunku do istniejących potrzeb udzielam dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny w następujący sposób:
 - a) 50% kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.
2. Pozostałe uwarunkowania i wymogi określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015r. poz. 926).

.....
data wpływu kompletnego wniosku
do PCPR w Szczecinku

RON.....2019.PŚ
znak sprawy

.....
Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

*We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.
W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej
rubryce wpisać „W załączeniu załącznik nr ...”*

A. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

1. Dane osoby niepełnosprawnej /dziecka/ ubiegającej się o dofinansowanie

..... syn/córka
imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria nr wydany w dniu przez
(dowód osobisty)

data urodzenia nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu
(dokładny adres zamieszkania)

nr kodu-..... poczta powiat

województwo nr tel. (z nr kier.).....

nazwa banku..... nr konta bankowego

2. Przedstawiciel ustawowy/dla małoletniego Wnioskodawcy/opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn/córka
imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria nr wydany w dniu przez
(dowód osobisty)

nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica nr domu nr lokalu
(dokładny adres)

nr kodu-..... poczta powiat

województwo nr tel./faxu (z nr. kier.).....

ustanowiony opiekunem /pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt/na mocy pełnomocnika
potwierzonego przez Notariusza z dn.*

repet. nr).

*niepotrzebne skreślić

3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

| | |
|---|--|
| 1. znaczny / inwalidzi I grupy / osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji/ | |
| 2. umiarkowany / inwalidzi II grupy/ osoby całkowicie niezdolne do pracy/ | |
| 3. lekki / inwalidzi III grupy/ osoby częściowo niezdolne do pracy/ | |
| 4. osoby w wieku do lat 16 z orzeczonym stopniem niepełnosprawności | |
| 5. osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998r. | |

4. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| | |
|---|--|
| 1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk | |
| 2. inna dysfunkcja narządu ruchu | |
| 3. dysfunkcja narządu wzroku | |
| 4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy | |
| 5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) | |
| 6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia | |

5. CZY WNIOSKODAWCA KORZYSTAŁ ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (ostatnie 3 lata od daty złożenia wniosku)

| Informacje o korzystaniu ze środków PFRON | | | Tak | Nie |
|---|-------|-----------------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| Nr i data zawarcia umowy | Kwota | Cel | Termin rozliczenia | Źródło: PFRON, Samorząd Powiatowy |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Razem | | Razem kwota rozliczeniowa: | | |

B. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

1. Szczegółowy preliminarz wnioskowanego sprzętu

| Lp. | Nazwa | Ilość sztuk | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Wartość ogółem |
|---------------|-------|-------------|------------------------|-------------------------|----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| RAZEM: | | | | | |

Szczecinek, dnia

.....
.....
.....
(imię i nazwisko, adres)

OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisana(y),
legitymująca(y) się dowodem osobistym seria Nr **oświadczam, że:**

gospodarstwo domowe **prowadzę samotnie**,

gospodarstwo domowe **prowadzę wspólnie** - wraz ze mną pozostaje osób,

1. **przeciętny miesięczny dochód** rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający złożenie wniosku wynosił: **zł** (**słownie:**),

2. w związku z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania do zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego, ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, **posiadam** obowiązkowe **środki finansowe** na pokrycie różnicy wynikającej z całkowitego kosztu sprzętu, a ewentualnym dofinansowaniem z Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku,

3. **nie posiadam wymagalnych zobowiązań** wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy, oraz **nie jestem** płatnikiem podatku VAT,

4. uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1 i 2, ustawy z dnia 06 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2018r., poz. 1600 z późn. zm.) dane zawarte we wniosku oraz w załączonych wymaganych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym,

5. **o zmianach** zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku w ciągu **14 dni od ich wystąpienia**,

6. **wyrażam zgodę na** przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

numer telefonu,

zaświadczenia lekarskiego

przez administratora danych, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny,

7. podaję dane osobowe dobrowolnie i są one zgodne z prawdą,

8. zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach przysługujących mi w związku z przetwarzaniem moich danych.

Informujemy, że powyższa zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczenie o wycofaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej na podany wyżej adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy,
Przedstawiciela Ustawowego, Pełnomocnika)

Sprzęt rehabilitacyjny – oznacza to sprzęt wspomagający proces rehabilitacji lub sprzęt służący do usprawniania zaburzonych funkcji organizmu (należy rozumieć jako przedmiot oraz urządzenia służące do czynnej rehabilitacji). Jest to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mający za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

I. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji (na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy):

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

II. Cel zakupu zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego (uzasadnienie konieczności stosowania rehabilitacji w warunkach domowych):

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

III. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny niezbędny do stosowania w warunkach domowych (wymienić):

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

ZALACZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO:

1. Kopia dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność /oryginał do wglądu/.
2. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i wskazanie że **zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego.**
3. Oferta cenowa wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego wraz z:
 - uwzględnieniem ceny netto i brutto,
 - adresem sklepu, w którym zakupiony będzie sprzęt oraz nr konta bankowego sklepu.
4. Oświadczenie o wysokości dochodów (dokumenty potwierdzające osiągnięte dochody do wglądu z kwartału poprzedzającego złożenie wniosku).



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE



KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, s. 1) zwanego dalej RODO – **informuje, iż:**

- 11) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku,
- 12) w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować również z wyznaczonym przez nas Inspektorem ochrony danych kierując korespondencję na adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych lub na adres e-mail: iod@powiat.szczecinek.pl,
- 13) Pani/Pana dane osobowe będziemy przetwarzać na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, d, f oraz art. 9 ust 2 lit. b, g i j RODO, w celu rozpatrzenia Pani/Pana wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do **zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów, a także przekazania oraz rozliczenia przyznanego dofinansowania, w związku z art. 35a ust. 7 lit c) ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2018 r., poz. 511 ze zm.) oraz z przepisami Rozporządzenia 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 (tekst jednolity Dz.U. z 2015r. poz. 926) § 10, § 11 oraz § 13 pkt 2 ust 1, 2 lit a) i b), pkt 3 i § 14; podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych będzie również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tzn. wyrażona przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych, których podanie jest dobrowolne i nie wynika z wymogów prawa, cel przetwarzania tych danych osobowych będzie wskazywany każdorazowo w czasie uzyskiwania Pani/Pana zgody,
- 14) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organy publiczne, jednostki lub inne podmioty, którym mogą być ujawnione dane, sprzedawcy, usługodawcy, kurierzy oraz operator pocztowy, w zakresie niezbędnym do doręczania korespondencji,
- 15) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej,
- 16) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt stanowiącym załącznik nr 3 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14 poz. 67), przez okres 5 lat liczony w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy, lub wymagany na podstawie ww. ustaw,
- 17) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, oraz w uzasadnionych przypadkach prawo do żądania ograniczenia przetwarzania; w odniesieniu do danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do żądania usunięcia danych oraz prawo do przenoszenia danych,
- 18) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania,
- 19) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy rozporządzenia RODO,
- 20) Podanie danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów § 11 ww. rozporządzenia, a odmowa ich podania będzie skutkowałą brakiem możliwości rozpatrzenia Pani/Pana wniosku.

**Zasady dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika,
ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych**

1. O dofinansowanie usług tłumacza języka migowego i tłumacza - przewodnika mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.
2. Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia.
3. Dofinansowanie ze środków PFRON nie podlega świadczenie usługi przez tłumacza w organach administracji publicznej (przez organ administracji publicznej rozumie się ministrów, centralne organy administracji rządowej zespolonej i niezespolonej, organy jednostek samorządu terytorialnego).
4. Pozostałe uwarunkowania i wymogi określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015r. poz. 926).

RON.....2019.PŚ
znak sprawy

.....
data wpływu kompletnego wniosku
do PCPR w Szczecinku

.....
Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych **usługi tłumacza języka migowego lub
tłumacza – przewodnika dla osoby niepełnosprawnej**

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (osoby niepełnosprawnej)

Imię (imiona) i nazwisko

Data urodzenia nr PESEL

seria nr wydany w dniu przez
(dowód osobisty)

ADRES ZAMIESZKANIA

miejsowość ul. nr domu nr lokalu

Nr kodu-..... poczta

nr rachunku bankowego

nazwa banku

nr tel. komórkowego

II. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (dla małoletniego

Wnioskodawcy), **OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA**

..... syn/córka*
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
(dowód osobisty)

Data urodzenia nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu
adres stałego zameldowania

nr kodu-..... poczta powiat

województwo nr tel./faxu (nr kier.)

ustanowiony Opiekunem*/Pełnomocnikiem*

*postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt

* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dn. repet. Nr

*
właściwe zaznaczyć

III. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE O WNIOSKODAWCY

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY (podkreślić właściwe posiadane orzeczenie)

2) o stopniu niepełnosprawności:

- a) znacznym b) umiarkowanym c) lekkim

2) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów:

- a) I b) II c) III

3) a) o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji,

b) o całkowitej niezdolności do pracy,

c) o częściowej niezdolności do pracy,

d) o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (z uprawnieniem do zasiłku),

e) o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (bez uprawnienia do zasiłku),

f) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY (proszę wstawić znak **X** we właściwej rubryce)

| | |
|--|--|
| dysfunkcja narządu słuchu | |
| dysfunkcja narządu mowy | |
| dysfunkcja narządu wzroku | |
| deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) | |
| dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak lub amputacja dłoni, rąk | |
| inna dysfunkcja narządu ruchu | |
| niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia | |

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON (w ciągu 3 lat od daty złożenia niniejszego wniosku)

| na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika | Data przyznania dofinansowania | Nazwa zadania, nr umowy | Kwota dofinansowania |
|--|--------------------------------|-------------------------|----------------------|
| nie korzystałem/am | | | |
| korzystałem/am | | | |
| | | | |
| korzystałem/am na inne cele ustawowe i rozliczyłem/am się | | | |
| | | | |
| korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia | | | |
| korzystałem i nie rozliczyłem | | | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| się | | | |
|-----|--|--|--|

IV. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

Wnioskuje o przyznanie dofinansowania do usługi:

a) Tłumacza języka migowego*

b) Tłumacza – przewodnika*

zapewnienie pomocy w dotarciu na miejsce i powrót

sposób komunikowania się osób głuchoniemych (SKOGN)

jaki (wskazać metodę komunikowania się)

MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA (miejsce wykonania usługi)

Opis usług (zakres, sytuacja/ zdarzenie, w których mają być świadczone)

.....

CEL DOFINANSOWANIA (opisać zakres, sytuację oraz efekty, których osiągnięcie przewiduje osoba niepełnosprawna dzięki skorzystaniu z usługi języka migowego lub tłumacza – przewodnika)

.....

TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA:

W terminie od - - R. **do** - - R.

Przewidywana liczba godzin usługi tłumacza migowego lub tłumacza – przewodnika **h.**

PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA WYNOSI: zł.

(słownie.....)

WNIOSKOWANA KWOTA (maksymalnie 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę usługi) dofinansowania ze środków PFRON w wysokości: zł.

(słownie.....)

* proszę wstawić znak **X** we właściwej rubryce

Szczecinek, dnia

.....
.....
.....
(imię i nazwisko, adres)

OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisana(y),
legitymująca(y) się dowodem osobistym seria Nr **oświadczam, że:**

1.

gospodarstwo domowe **prowadzę samotnie**,

gospodarstwo domowe **prowadzę wspólnie** - wraz ze mną pozostaje osób,

przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający złożenie wniosku wynosił: **zł (słownie:**

2. w związku z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania, ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, **posiadam** obowiązkowe **środki finansowe** na pokrycie różnicy wynikającej z całkowitego kosztu, a ewentualnym dofinansowaniem z Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku,

3. **nie posiadam wymagalnych zobowiązań** wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy, oraz **nie jestem** płatnikiem podatku VAT,

4. uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1 i 2, ustawy z dnia 06 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2018r., poz. 1600 z późn. zm.) dane zawarte we wniosku oraz w załączonych wymaganych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym,

5. **o zmianach** zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku w ciągu **14 dni od ich wystąpienia**,

6. **wyrażam zgodę na** przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

numer telefonu,

zaświadczenia lekarskiego

przez administratora danych, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika,

7. podaję dane osobowe dobrowolnie i są one zgodne z prawdą,

8. zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach przysługujących mi w związku z przetwarzaniem moich danych.

Informujemy, że powyższa zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczenie o wycofaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej na podany wyżej adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy,
Przedstawiciela Ustawowego, Pełnomocnika)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.Urz. UE L 2016, Nr 119, s. 1) zwaną – RODO – informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku.
- 2) w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować również z wyznaczonym przez nas inspektorem ochrony danych kierując korespondencję na adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych lub na adres e-mail: iod@powiat.szczecinek.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 lit. c, d, f oraz art. 9 ust 2 b, g, j RODO, w celu rozpatrzenia Pani/Pana wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika** w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, a także przekazania oraz rozliczenia przyznanego dofinansowania, w związku z § 10, § 11 oraz § 13 pkt 6 i § 14 Rozporządzenia 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 926); podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych będzie również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tzn. wyrażona przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych, których podanie jest dobrowolne i nie wynika z wymogów prawa, cel przetwarzania tych danych osobowych będzie wskazywany każdorazowo w czasie uzyskiwania Pani/Pana zgody;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organy publiczne, jednostki lub inne podmioty, którym mogą być ujawnione dane, sprzedawcy, usługodawcy, kurierzy oraz operator pocztowy, w zakresie niezbędnym do doręczania korespondencji.
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt stanowiącym załącznik nr 3 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14 poz. 67), przez okres minimum 10 lat liczony w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy.
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, oraz w uzasadnionych przypadkach prawo do żądania ograniczenia przetwarzania; w odniesieniu do danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do żądania usunięcia danych oraz prawo do przenoszenia danych.
- 8) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania;
- 9) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy rozporządzenia RODO.
- 10) Podanie danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów § 11 ww. rozporządzenia, a odmowa ich podania będzie skutkowałą brakiem możliwości rozpatrzenia Pani/Pana wniosku.

Wymagane załączniki do wniosku:

1. kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu),
2. oferta cenowa na wykonanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika,
3. aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności,
4. pełnomocnictwo lub postanowienie sądu (pełnomocnik lub opiekun prawny) – jeśli jest ustanowiony,

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE
**W CELU DOFINANSOWANIA USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB
USŁUG TŁUMACZA PRZEWODNIKA***

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:.....

PESEL:

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Posiada schorzenia lub dysfunkcje:*

dysfunkcja narządu słuchu

dysfunkcja narządu mowy

dysfunkcja narządu wzroku

inne (jakie?)

.....

.....

**Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego*/ usług
tłumacza przewodnika***

Nie

Tak – uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

(data)

* właściwe zaznaczyć

.....

(pieczęć i podpis lekarza)