

RON.....MLŁ

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

nr PESEL

miejscowość 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.....

.....

Uprzedzona/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 zobowiązuję 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

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 2019 r. poz. 1172 ze zm.).
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.

B. Adnotacje przyjmującego wniosek

I. Suma uzyskanych punktów

II. Opinia merytoryczna dotycząca poprawności złożonego wniosku

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

III. Ocena zasadności wniosku.

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

.....
Sporządzający (data i podpis)

IV. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
Zatwierdzający (data i podpis)

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 PESEL.....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 ze zm.) dane zawarte we wniosku oraz w załączonych wymagalnych 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, ze zm.) 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 ze zm.), 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)