

RON. 2020.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

nr PESEL

mięscowość 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 wynosi zł

(słownie zł)

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 przyznana ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwota 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

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

(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),
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)

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 ust. 1 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 art. 35a ust. 7 lit d0 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2029 r., poz. 1172 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 (tj. Dz. U. z 2015 r. poz.926 ze zm.) § 10, § 11 oraz § 13 pkt 4 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 doręczenia 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 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 informację 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

