Data wpływu:
Nr sprawy:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	**Wartość**
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	**Wartość**
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	

Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy

Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 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 ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:
☐ indywidualne ☐ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

w tym liczba osób niepełnosprawnych:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

☐ nie korzystałem
☐ korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinan-sowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania i uzasadnienie:	

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

Nazwa pola	Wartość

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

☐ W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – Dane dodatkowe

SYTUACJA ZAWODOWA

☐ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
☐ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
☐ Bezrobotny poszukujący pracy
☐ Rencista poszukujący pracy
☐ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
☐ Dzieci i młodzież do lat 18
☐ Inne / jakie?

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .

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

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	
Lp.	**Plik**

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	
Lp.	**Plik**

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE
Lista

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

PFRON

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie o ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), dalej Rozporządzenie RODO, informujemy że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Malborku, Plac Słowiański 6, 82-200 Malbork**. Kontakt z Administratorem możliwy jest osobiście lub korespondencyjnie pod wskazanym adresem, telefonicznie pod nr tel. (55) 647 15 45 oraz za pośrednictwem poczty elektronicznej sekretariat.pcpr@powiat.malbork.pl
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych i realizacją praw za pośrednictwem e-mail: iod@mainsoft.pl, oraz pisemnie na adres siedziby Administratora wskazanym w pkt. 1.
3. Administrator przetwarza dane osobowe **w ramach postępowania w sprawach świadczeń Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a lub c Rozporządzenia RODO w celu:

   - wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze,
   - w pozostałych przypadkach – na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.

   W przypadku przetwarzania danych osobowych szczególnej kategorii np. dotyczących zdrowia podstawą przetwarzania jest art. 9 ust. 2 lit. b Rozporządzenia RODO czyli przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej.

   Administrator przetwarza dane osobowe w celu wypełnienia obowiązków prawnych w szczególności na podstawie:

   - Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych,
   - Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r kodeks postępowania administracyjnego,
   - a także przepisów wykonawczych do wskazanych ustaw.

4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane, zgodnie z terminami określonymi w obowiązujących w przepisach prawa, w szczególności Ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach a także 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.

5. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane upoważnionym z mocy prawa podmiotom, w tym organom władzy publicznej oraz podmiotom wykonującym zadania publiczne w zakresie i celach wynikających z przepisów prawa, dostawcom systemów IT, z którymi współpracuje Administrator, w celu utrzymania ciągłości oraz poprawności działania systemów, podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską, w celu dostarczenia korespondencji, podmiotom z którymi współpracuje Administrator na podstawie stosownych umów powierzenia przetwarzania danych.
6. W związku z przetwarzaniem udostępnionych przez Panią/Pana danych osobowych, w sytuacjach przewidzianych w Rozporządzeniu RODO przysługuje Pani/Panu prawo do: dostępu do swoich danych (art. 15 Rozporządzenia RODO), sprostowania (art. 16 Rozporządzenia RODO), usunięcia (wyłącznie w przypadkach określonych w art. 17 Rozporządzenia RODO), ograniczenia przetwarzania (art. 18 Rozporządzenia RODO).
7. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych na podstawie wyrażonej zgody przysługuje prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Cofnięcia zgody można dokonać pisemnie na adres siedziby Administratora.
8. Podanie danych dla realizacji obowiązków prawnych jest obligatoryjne, a obowiązek podania danych wynika z przepisów prawa. W przypadku przetwarzania danych na podstawie zgody – podanie danych jest dobrowolne.
9. W przypadku uznania, że przetwarzanie przez w/w administratora Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

……

data i czytelny podpis

.....
(stempel Zakladu Opieki Zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
Odnośnie likwidacji barier

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się,że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

- □ dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- □ dysfunkcji narządu ruchu – osoba leżąca
- □ innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy balkonika
- □ innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy kul, laski itp.
- □ innej dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy osób drugich
- □ dysfunkcji narządu ruchu pozwalającej na samodzielne poruszanie się
- □ wrodzony brak lub amputacja dłoni i rąk
- □ dysfunkcja narządu wzroku
- □ inne dysfunkcje (podać jakie) .....

.....

.....

(krótka charakterystyka)

W/w niepełnosprawność spowodowana jest .....

.....

.....

Trudności te mogą zostać zlikwidowane / ograniczone poprzez dokonanie następujących działań w związku z likwidacją barier .....

.....

.....

.....

.....

Realizacja w/w działań umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych codziennych czynności:

□ tak

□ nie

.....

.....

Miejscowość i data

(Podpis i pieczątka lekarza wystawiającego zaświadczenie)

Załączniki do wniosku

1. Orzeczenie;
2. Oferta wnioskowanego sprzętu;
3. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego, odpowiednio uwierzytelnione pełnomocnictwo lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
4. W przypadku osób, które nie posiadają w orzeczeniu dysfunkcji narządu ruchu (05-R), wzroku (04-O) bądź osoby mające orzeczenie wydane przez ZUS niezbędnym jest dostarczenie zaświadczenia lekarskiego wypełnionego przez lekarza specjalistę
5. Klauzula informacyjna

UWAGI: Realizacja zadania następuje po podpisaniu umowy.