

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....  
data wpływu wniosku

RS.4014.3. ....2021

## **W N I O S E K**

### **Dot. dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier w komunikowaniu się**

.....  
**I. Dane wnioskodawcy** *(proszę wypełnić drukowanymi literami)*

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

seria .....nr.....wydany w dniu.....przez.....  
(dowód osobisty)

nr PESEL.....

miejsowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....  
(adres stałego zameldowania)

nr kodu.....-.....poczta.....powiat.....

województwo..... nr telefonu (z nr kier.).....

**II. Proszę o dofinansowanie**.....  
(należy podać przedmiot dofinansowania)

**III. Przewidywany koszt realizacji zadania** .....zł

**IV. Wysokość wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON**.....

**V. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania** .....

**VI. Nazwa banku i nr rachunku bankowego wnioskodawcy**.....

**VII. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania – krótkie uzasadnienie wniosku**

## VIII. Informacje o Wnioskodawcy.

### A. Stopień niepełnosprawności

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

### B. 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 narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
7. inne schorzenia zgodne z orzeczeniem o niepełnosprawności	

## IX. Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Stopień niepełnosprawności	Średni miesięczny dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	Źródło dochodu (zatrudniony (emeryt, rencista, bezrobotny, uczeń, student)
1.	<b>Wnioskodawca</b>			
2..				
3.				
4.				
5.				
6.				
RAZEM				X

Oświadczam, także że:

1/ średni miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **wynosi** .....zł słownie złotych.....

## X. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy.

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	

**XI. 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.....**

## XII. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków PFRON (z PCPR lub innej jednostki)

Lp.	Rodzaj dofinansowania – wpisać na jaki cel przyznano dofinansowanie	Kwota dofinansowania	Nr umowy i data przyznania dofinansowania	Rozliczono TAK/NIE
1				
2				
3				
4				

**XIII. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania (jeśli są - podać jakie, gdy nie ma – napisać nie ma)**

.....

## XIV. Załączniki do wniosku:

1. Kopia ważnego orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o niepełnosprawności wnioskodawcy i osób z nim wspólnie zamieszkałych (jeżeli są osobami niepełnosprawnymi i zostali wpisani do wniosku), bądź kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1.01.1998r. (oryginał do wglądu).
2. Aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty na podanym w załączeniu wzorze.
3. Informacja o dochodach (wszelkie dochody podlegające opodatkowaniu i nie podlegające opodatkowaniu) Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą – dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (zaświadczenie z zakładu pracy, odcinki emerytury, renty bądź decyzje ZUS o wysokości tych świadczeń) – tylko do wglądu
4. Kopie decyzji o pobieranych świadczeniach z MOPS, GOPS, alimentach otrzymywanych, alimentach z funduszu alimentacyjnego, wszelkie stypendia otrzymane - tylko do wglądu.
5. Oferta cenowa ze sklepu dotycząca wnioskowanego przedmiotu.
6. Zaświadczenie z Urzędu Gminy lub Miasta o posiadaniu gospodarstwa rolnego i wysokości dochodu z niego – tylko do wglądu.

7. Dokument potwierdzający pobieranie z Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa dopłat Unijnych do posiadanego gospodarstwa i nieruchomości rolnej – tylko do wglądu.

8. Postanowienie Sądowe lub pełnomocnictwo poświadczane przez uprawnione organy w przypadku, gdy wnioskodawca sam nie podpisuje wniosku.

#### **XV. OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Byłem/am w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku na likwidację bariery w komunikowaniu się stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie? **Tak/Nie\***

2. W ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku uzyskałem na ten sam cel dofinansowanie ze środków Funduszu PFRON? **Tak/ Nie\***

3. Mam zaległości lub zobowiązania wobec Funduszu PFRON na dzień złożenia wniosku o dofinansowanie do likwidacji bariery w komunikowaniu się **Tak/ Nie\***

\* niepotrzebne skreślić

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 992, z 2018r. poz. 138, 723).

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art.233 §1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (tekst jednolity Dz. U. z 2018r. poz. 1600, 2077) oświadczam, że :

- dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym

- zobowiązuję się do złożenia wyjaśnień w sprawie wątpliwości dotyczących danych zawartych w złożonym wniosku lub dostarczenia niezbędnych dokumentów w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania z PCPR .

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
(podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela ustawowego  
Opiekuna prawnego/Pełnomocnika)

#### **XVI. Informacje dla wnioskodawcy ubiegającego się o dofinansowanie na likwidację bariery w komunikowaniu się:**

1. O dofinansowanie ze środków Funduszu PFRON zadań, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.

2. Dofinansowanie ze środków Funduszu PFRON nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

3. Wnioski przyjmowane są przez cały rok, a decyzje o przyznaniu lub odmowie dofinansowania podejmowane są po ocenie punktowej każdego wniosku przez Komisję. Dofinansowania udziela się do momentu wyczerpania puli środków PFRON zarezerwowanych na dany rok kalendarzowy.

4. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta przez Starostę z osobą niepełnosprawną lub jej przedstawicielem ustawowym.

5. W przypadku, gdy wnioskodawca nie może osobiście podpisać wniosku w siedzibie PCPR, to, podpis na wniosku składa jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny w oparciu o postanowienie Sądowe lub pełnomocnictwo udzielone przez wnioskodawcę poświadczony przez uprawnione organy.

Poniższe dane wypełnia:

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik wnioskodawcy**

.....syn/córka.....  
Imię i nazwisko ..... imię ojca

Seria..... nr..... wydany w dniu..... przez.....  
(dowód osobisty)

Nr PESEL.....

Miejscowość..... ulica..... nr.....

Nr kodu.....-..... poczta..... powiat.....

Województwo..... nr tel./faxu.....

Ustanowiony  
Opiekunem\*/Pełnomocnikiem\*.....

\*postanowieniem Sądu Rejonowego .....z dnia .....sygn.akt .....

\*na mocy pełnomocnictwa poświadczony przez uprawnione organ z dnia

.....  
\* niepotrzebne skreślić

**Adnotacje przyjmującego wniosek:**

I. Ocena zasadności wniosku

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

.....  
(data i podpis)

II. Opina Komisji ds. likwidacji barier

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

.....  
(data i podpis)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....  
(data i podpis)

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych, w tym danych „szczególnych kategorii”

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie zwanym dalej PCPR, z siedzibą w Starachowicach, w celu realizacji przez PCPR ustawowych zadań dotyczących Pana/Pani osoby lub sprawy, które Pan/Pani przekazał/a nam w składanym wniosku/dokumentacji/oświadczeniu, w tym danych o Pana/Pani stanie zdrowia ,

Ponieważ dane szczególnych kategorii w tym *dotyczące* zdrowia/inne chronione są szczególnie, musimy prosić Pana/Panią o wyrażenie wyraźnej zgody na ich przetwarzanie.

Prosimy, wyraźnie potwierdzić (postawić znak krzyżyk przy właściwej odpowiedzi), że zgadza się Pan/Pani, abyśmy przetwarzali podane przez Pana/Panią dane, o których mowa wyżej:

NIE

Nie zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane, o których mowa wyżej, w tym dane szczególnych kategorii, w powyżej wskazanych celach.

TAK

Tak, zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane, o których mowa wyżej, w tym dane szczególnych kategorii, w powyżej wskazanych celach.

### **Klauzula informacyjna:**

Zgodnie z art.13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, iż:

- 1) administratorem Pana/Pani danych osobowych jest PCPR z siedzibą w Starachowicach,
- 2) inspektorem ochrony danych osobowych jest Pan Michał Stępień ([m.stepien@pcpr.starachowice.pl](mailto:m.stepien@pcpr.starachowice.pl), tel. 412748806),
- 3) Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji przez PCPR ustawowych zadań dotyczących Pana/Pani osoby lub sprawy na podstawie Pana/Pani zgody (podstawa z art.6 ust.1 RODO),
- 4) odbiorcą Pana/Pani danych osobowych będą pracownicy PCPR\członkowie komisji ds. rozpatrywania wniosków,
- 5) Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do celów realizacji Pana/Pani sprawy oraz wymagany prawem okres archiwizacji dokumentów,
- 6) posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, a także otrzymania kopii oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- 7) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do PUODO gdy uzna, iż przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 8) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia sprawy, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa jej wszczęcia.

.....  
data

.....  
czytelny podpis

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB  
POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE**  
(dla celów dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków PFRON)

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

Seria i nr dowodu osobistego.....

Adres zamieszkania .....

**I. Przedmiot dofinansowania: (odpowiednie zaznaczyć):**

1. zakup komputera z odpowiednim specjalistycznym oprogramowaniem dostosowanym do potrzeb osoby niepełnosprawnej ,która posiada ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji
2. zakup telefonu głośnomówiącego
3. zakup lupy
4. zakup ciśnieniomierza głośnomówiącego
5. zakup wagi kuchennej głośnomówiącej
6. zakup i montaż wzmacniacza do aparatu telefonicznego
7. zakup i montaż specjalistycznej sygnalizacji świetlnej jako wyposażenie dzwonka do drzwi zewnętrznych
8. inny (jaki?).....

**II. Opis schorzenia podstawowego:.....**

.....

**III. Zdolność poruszania się wnioskodawcy (osoba leżąca, osoba porusza się na wózku inwalidzkim, osoba niewidoma, osoba głucha, osoba nie mówiąca, osoba głuchoniema lub inne)**

.....

.....

(własnoręczny wpis lekarza specjalisty wybrany z powyższych dysfunkcji)

**IV. Uzasadnienie potrzeby likwidacji bariery w komunikowaniu się**

.....

.....

.....

.....

.....

Data.....

.....  
pieczęćka i podpis lekarza specjalisty

