

## W N I O S E K

### **o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się\* i technicznych\* ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnoprawnych**

Uwaga, przed wypełnieniem wniosku proszę zapoznać się z rozporządzeniem 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 2020r., poz. 426 z późn. zm.).

#### **I. Dane personalne wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami):**

<u>DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY</u>	<u>ADRES ZAMIESZKANIA</u>
Imię .....	Miejscowość .....
Nazwisko.....	Ulica .....
Data urodzenia.....	Nr domu..... nr mieszkania.....
PESEL.....	Kod pocztowy.....
Nr i seria dowodu osobistego.....	
wydany przez .....	Nr telefonu.....

#### **II. Dane personalne\* przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego (dla osoby ubezwłasnowolnionej) lub pełnomocnika wnioskodawcy (na podstawie pisemnego pełnomocnictwa) (proszę wypełnić drukowanymi literami):**

<u>DANE PERSONALNE</u>	<u>ADRES ZAMIESZKANIA</u>
Imię .....	Miejscowość .....
Nazwisko.....	Ulica .....
Data urodzenia.....	Nr domu..... nr mieszkania.....
PESEL.....	Kod pocztowy.....
Nr i seria dowodu osobistego.....	
wydany przez .....	Nr telefonu.....

Ustanowiony opiekunem\* / pełnomocnikiem\*:

- a) postanowieniem Sądu Rejonowego ..... z dnia .....
- b) na mocy pisemnego pełnomocnictwa z dnia .....

#### **III. Przedmiot dofinansowania i przewidywany koszt realizacji zadania (proszę podać nazwę urządzenia, rodzaj usługi, cenę jednostkową brutto):**

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

**Przewidywany koszt realizacji zadania:** ..... zł

(słownie: ..... zł)

#### **IV. Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:**

1. Miejsce realizacji zadania.....
2. Termin rozpoczęcia realizacji zadania.....
3. Przewidywany czas realizacji zadania.....
4. Cel dofinansowania .....

## V. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu.

Proszę o dofinansowanie w łącznej wysokości .....zł  
(słownie:.....zł)

## VI. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania:

VII. 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:

VIII. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu (proszę wstawić X we właściwej rubryce/ wypełnić odpowiednie rubryki):

1.	Czy wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON			
	a) korzystałem	[ ]	b) nie korzystałem	[ ]
2.	W przypadku korzystania ze środków PFRON należy wypełnić:			
	a) numer zawartej umowy .....			
	b) cel przyznania dofinansowania .....			
	c) data przyznania dofinansowania .....			
	d) stan rozliczenia dofinansowania: rozliczone* / jestem w trakcie rozliczenia* / dofinansowanie nie zostało rozliczone* (wskazać przyczynę) .....			

## IX. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

1. Oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje ..... osób.
2. 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 **wynosi** ..... zł.

(słownie: ..... zł)

X. Uzasadnienie składanego wniosku (w szczególności należy opisać rodzaj niepełnosprawności, wynikające z niego ograniczenia, a także wskazać w jaki sposób wnioskowany sprzęt /usługa zlikwiduje u wnioskodawcy barierę w komunikowaniu się lub barierę techniczną):

### OPIS SYTUACJI WNIOSKODAWCY

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DODATKOWE INFORMACJE O WNIOSKODAWCY** (proszę wstawić X we właściwej kratce [ ]):

			<b>Wymagane zaświadczenia</b>
Osoba samotna (sama zamieszkująca w lokalu mieszkalnym)	TAK [ ]	NIE [ ]	nie dotyczy
Osoba leżąca	TAK [ ]	NIE [ ]	potwierdzone zaświadczeniem lekarskim
Osoba poruszająca się za pomocą wózka inwalidzkiego	TAK [ ]	NIE [ ]	potwierdzone zaświadczeniem lekarskim
Osoba poruszająca się za pomocą chodzika/balkonika*	TAK [ ]	NIE [ ]	potwierdzone zaświadczeniem lekarskim
Osoba poruszająca o kulach	TAK [ ]	NIE [ ]	potwierdzone zaświadczeniem lekarskim
Osoba niewidoma w stopniu znacznym bądź posiada orzeczenie równoważne	TAK [ ]	NIE [ ]	potwierdzone zaświadczeniem lekarskim
Osoba głuchoniema/głuchoniewidoma* w stopniu znacznym bądź posiada orzeczenie równoważne	TAK [ ]	NIE [ ]	potwierdzone zaświadczeniem lekarskim
Osoba po tracheotomii/laryngectomii* w stopniu znacznym bądź posiada orzeczenie równoważne	TAK [ ]	NIE [ ]	potwierdzone zaświadczeniem lekarskim

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\*)

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (**oryginał do wglądu**).
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o schorzeniach i rodzaju niepełnosprawności, sposobie poruszania się (w tym czy osoba jest: leżąca, poruszająca się za pomocą wózka inwalidzkiego, chodzika/balkonika, o kulach itp.) oraz o potrzebie przystosowania/zaopatrzenia osoby niepełnosprawnej we wnioskowany przedmiot dofinansowania - **oryginał**.
3. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania, jeżeli takie istnieją- **oryginał**.
4. Dokumenty potwierdzające wysokość poniesionych nakładów na realizację zadania, jeżeli takie wystąpiły - **oryginał**.
5. Dokumenty potwierdzające zasadność i potrzebę zaopatrzenia osoby niepełnosprawnej we wnioskowany sprzęt w tym opinie specjalistyczne, zaświadczenia i inne – jeśli takie są wymagane- **oryginał**.
6. Dwie niezależne oferty cenowe od różnych firm wystawione na wnioskodawcę\*\* przez sprzedawcę (wraz ze specyfikacją jeśli taka jest wymagana) - **oryginał**.
7. Pisemne pełnomocnictwo jeśli takie jest wymagane- **oryginał**.
8. Inne dokumenty, konieczne do realizacji wniosku wskazane przez pracownika PCPR.

**UWAGA!!!** Zgodnie z § 9 ust. 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. z 2020r., poz. 426 z późn. zm.) dofinansowanie **nie może obejmować** kosztów realizacji zadania poniesionych **przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy** dofinansowania ze środków Funduszu.

\* *niepotrzebne skreślić*

\*\* w przypadku gdy wnioskodawcą jest osoba niepełnosprawna do 18rż lub ubezwłasnowolniona, dokument powinien być wystawiony na osobę pełnoletnią (przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego) z adnotacją, że zakup dotyczy wnioskodawcy (imię i nazwisko).

## KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Oławie z siedzibą w Oławie, przy ul. 3 Maja 1 oraz Państwowy Fundusz Osób Niepełnosprawnych (PFRON).
2. Inspektorem ochrony danych PCPR w Oławie jest Pani Katarzyna Bala-Antczak. W razie jakichkolwiek wątpliwości związanych z przetwarzaniem dotyczących Pani/Pana danych, kontakt z Inspektorem jest możliwy pod adresem: [biuro@abi-kancelaria.pl](mailto:biuro@abi-kancelaria.pl).
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia złożonego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON, na podstawie art. 6 ust 1 lit. b, c RODO z dnia 27 kwietnia 2016 r. nr 629/2016.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy PCPR w Oławie odpowiedzialni za przydzielone zadanie, PFRON a także mogą być upoważnione podmioty na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.  
Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez PCPR w Oławie w okresie wskazanym w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
7. Jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem przyznania dofinansowania. W razie niepodania danych osobowych Pani/Pana wnioski o dofinansowanie pozostanie bez rozpatrzenia.
9. Pani/Pana dane będą także przetwarzane w sposób zautomatyzowany w programie wspomagającym sprawozdawczość pn. TYLDA.

Zgodnie z art. 21 ust. 4 RODO informuję, iż przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących Pani/Panu danych osobowych. Sprzeciw należy złożyć inspektorowi ochrony danych, którego dane kontaktowe wskazane są w pkt 2. Zgodnie z art. 21 ust. 1 RODO, składając sprzeciw, należy wskazać jego przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją.

### **OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ Z OBOWIĄZKIEM INFORMACYJNYM**

.....  
data

.....  
podpis czytelny