

.....  
Pieczęć PCPR

...../.....  
numer sprawy / data wpływu wniosku

## WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

<b>I. DANE WNIOSKODAWCY:</b>		
Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania:		
Numer PESEL	telefon:	
Nazwa banku		
Numer rachunku bankowego		

  

<b>II. POSIADANE ORZECZENIE <sup>x</sup></b>		
<input type="checkbox"/> o stopniu niepełnosprawności: znacznym/ umiarkowanym/ lekkim*		
<input type="checkbox"/> o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów, wydanym przed dniem 01.01.1998 r.		
<input type="checkbox"/> o całkowitej/częściowej/niezdolności do pracy/i niezdolności do samodzielnej egzystencji*		
<input type="checkbox"/> o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, wydanym przed 01.01.1998 r.		
<input type="checkbox"/> o niepełnosprawności (dot. dzieci do 16- tego roku życia)		

  

<b>III. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY <sup>x</sup></b>		
<input type="checkbox"/> osoba zatrudniona / osoba prowadząca działalność gospodarczą*		
<input type="checkbox"/> osoba ucząca się w systemie szkolnym / studiująca*		
<input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy*		
<input type="checkbox"/> rencista / emeryt *		
<input type="checkbox"/> dzieci i młodzież do 16-tego roku życia		

  

<b>IV. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY WNIOSKODAWCY/OPIEKUN PRAWNY/PEŁNOMOCNIK*</b>		
Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania		
Dowód osobisty: seria	numer	telefon:
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia		
Sygnatura akt		
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego		
przez notariusza		
z dnia	nr repertorium	
Nazwa banku		
Numer rachunku bankowego		

**V .OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WYSOKOŚCI DOCHODU I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 2220 ze zm.), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił: .....zł.

Oświadczam, że liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby – uzupełnić poniższą tabelę.

Lp.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Rok urodzenia	Dochód miesięczny
1.	Wnioskodawca		
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
Razem			

**VI. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON w ciągu ostatnich 3 (trzech) lat przed złożeniem wniosku.**

Lp.	Nazwa instytucji udzielającej dofinansowania ze środków PFRON	Cel dofinansowania (nazwa programu PFRON, zadania w ramach, którego Wnioskodawca uzyskał dofinansowanie)	Imię i nazwisko osoby, która uzyskała dofinansowanie ze środków PFRON	Numer i data zawarcia umowy	Przedmiot dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia umowy (wpisać: rozliczona, w trakcie rozliczenia, nierozliczona)
					<b>Razem uzyskane dofinansowanie</b>		

Czy Wnioskodawca w ciągu ostatnich 3 (trzech) lat licząc od dnia złożenia wniosku uzyskał dofinansowanie ze środków PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się <sup>x</sup>

TAK  NIE

Oświadczam, że
1. Posiadam zaległości wobec PFRON <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. W ciągu 3 (trzech) lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. O dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się ubiegam się wyłącznie w Powiatowym Centrum Pomocy Rodziny w Piasecznie <sup>x</sup> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

**VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA:**

**PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA:**

.....

.....

.....

.....

.....

**MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA (miejsce likwidacji barier w komunikowaniu się)**

.....

.....

**CEL DOFINANSOWANIA – należy określić, w jaki sposób likwidacja barier w komunikowaniu się umożliwi lub ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przewidywany koszt realizacji zadania: .....zł,(słownie:.....)

.....)

Wysokość wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: ...zł.(słownie:.....)

.....)

VIII. INFORMACJA O INNYCH ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA ZADANIA <sup>x</sup>:

- posiadam własne środki finansowe na realizację zadania,  
 planuję uzyskać dofinansowanie z innych źródeł na realizację wnioskowanego zadania.

Lp.	Zadanie	Wartość dofinansowania z innych źródeł	Źródło finansowania zadania
	RAZEM		

Termin rozpoczęcia zadania: .....

Przewidywany czas realizacji zadania:.....

IX. INFORMACJA O OGÓLNEJ WARTOŚCI NAKŁADÓW PONIESIONYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ NA REALIZACJĘ ZADANIA DO KOŃCA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO MIESIĄC, W KTÓRYM SKŁADANY JEST WNIOSEK WRAZ Z PODANIEM DOTYCHCZASOWYCH ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA <sup>x</sup>:

- nie poniosłam/em dotychczas żadnych nakładów na realizację zadania,  
 poniosłam/em następujące nakłady na realizację zadania:

Lp.	Rodzaj poniesionego nakładu	Wartość poniesionego nakładu	Źródło finansowania
	RAZEM		

Wysokość dofinansowania ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON. Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy ze środków PFRON.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 i art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis  
Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika\*

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu).
2. Zaświadczenie lekarskie, wystawione przez lekarza specjalistę, zawierające informacje o schorzeniach Wnioskodawcy, uzasadniające likwidację barier w komunikowaniu się (zaświadczenie jest ważne 60 dni od dnia wystawienia).
3. Faktura pro-forma lub oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania.
4. Kopia dowodu osobistego wnioskodawcy i/lub jego pełnomocnika/opiekuna.
5. Kopia dokumentów potwierdzających sposób reprezentacji (dotyczy pełnomocników i opiekunów prawnych).
6. Dokumenty poświadczające inne źródła finansowania zadania.
7. Obowiązek informacyjny RODO.
8. Inne dokumenty.....

\*niepotrzebne skreślić

x właściwe zaznaczyć

**Obowiązek informacyjny RODO w sytuacji pozyskania danych od osoby,  
której dane dotyczą.**

W związku z obowiązującym Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony danych 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) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie przekazuje poniższą informację - **Obowiązek informacyjny RODO w sytuacji pozyskania danych od osoby, której dane dotyczą.**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie – Pani Klaudia Wojnarowska, adres siedziby: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie, 05-500 Piaseczno, ul. Chyliczkowska 14;
2. Inspektorem danych osobowych jest Pani Agnieszka Pindelska, adres siedziby: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie, 05-500 Piaseczno, ul. Chyliczkowska 14, tel. (22)756-61-64, mail: ochronadanych@piaseczno.pl;
3. Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest rozpatrzenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się; zadania wynikające z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 ze zm.) oraz rozporządzenia 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);
4. Informacje nie będą przekazywane podmiotom innym niż te uprawnione z mocy prawa.
5. Dane będą przetwarzane w okresie nie dłuższym niż wymagają tego przepisy prawa.
6. Informuję, że przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych;
7. Informuję o przysługującym Pani/Panu prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność przetwarzania z prawem;
8. Informuję, że przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w tym przypadku jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
9. Informuję, że podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania.
10. PCPR nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany.

Zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym.

Data i podpis:

.....

Pieczczę zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane dla celów związanych z ubieganiem się o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się  
ze środków PFRON

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej oraz chorób współistniejących.....

.....

.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniającej likwidację barier w komunikowaniu się na jakie napotyka  
osoba niepełnosprawna:

.....

.....

.....

.....

Niezbędne urządzenia, których zakup umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie  
niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów  
z otoczeniem:.....

.....

.....

Uzasadnienie celowości zakupu i użytkowania wnioskowanych urządzeń w aspekcie  
indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej.....

.....

.....

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
Pieczczę i podpis lekarza

## DECYZJA O PRZYZNANIU DOFINANSOWANIA

Wniosek został rozpatrzony na posiedzeniu Zespołu ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się osobom niepełnosprawnym w dniu: .....

Zespół rozpatrzył wniosek:

- pozytywnie
- negatywnie
- pozostawił wniosek bez rozpatrzenia

UZASADNIENIE DECYZJI KOMISJI:

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

Przyznano dofinansowanie ze środków PFRON w wysokości: .....zł., (słownie:.....  
.....)

Podpisy członków Zespołu:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

.....

data

.....

Podpis Dyrektora PCPR