

.....
Pieczęć PCPR

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

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH

I. DANE WNIOSKODAWCY:		
Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania:		
Numer PESEL	telefon:	
Nazwa banku		
Numer rachunku bankowego		
II. POSIADANE ORZECZENIE		
<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)		
III. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY		
<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		
IV. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY WNIOSKODAWCY/OPIEKUN PRAWNY/PEŁNOMOCNIK*		
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, zgodnie z ustawą z dnia 28 listopada 2003 r. 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)
					Razem uzyskane dofinansowanie		

Czy Wnioskodawca w ciągu ostatnich 3 (trzech) lat licząc od dnia złożenia wniosku uzyskał dofinansowanie ze środków PFRON na likwidację barier technicznych 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 technicznych ubiegam się wyłącznie w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie ^x		
	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA:

PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA:

.....

.....

.....

MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA (miejsce likwidacji barier technicznych)

.....

.....

CEL DOFINANSOWANIA – należy określić, w jaki sposób likwidacja barier technicznych 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:.....zł.)

VIII. INFORMACJA O INNYCH ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA ZADANIA:

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.

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 technicznych 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.

.....
Miejscowość, 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, zawierające informacje o schorzeniach Wnioskodawcy, uzasadniające likwidację barier technicznych ze względu na potrzeby wynikające z niepełnosprawności (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:

.....

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie dofinansowania likwidacji barier technicznych ze środków PFRON:

1. Imię i nazwisko pacjenta.....
2. PESEL
3. Adres zamieszkania.....

II. Rozpoznanie choroby zasadniczej:.....
.....
.....

Osoba niepełnosprawna ubiegająca się o dofinansowanie likwidacji barier technicznych ze środków PFRON, porusza się:

- samodzielnie
- za pomocą balkonika
- za pomocą kul inwalidzkich
- wyłącznie na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą wymagającą opieki osób drugih

III. Inne istotne informacje

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

.....
miejsce i data

.....
pieczęć i podpis lekarza

DECYZJA O PRYZYMNANIU 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.

.....

miejsowość, data

.....

Podpis Dyrektora PCPR