

Nr w rejestrze:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Łędzińska 24
43-140 Łędziny

Data wpływu wniosku

W N I O S E K

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

DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY (w tym DZIECKA / PODOPIECZNEGO)

IMIĘ..... NAZWISKO

DATA URODZENIA PESEL

TELEFON e-mail:@.....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES):

MIEJSCOWOŚĆ KOD POCZTOWY -

ULICA NR DOMU NR MIESZKANIA

POWIAT: WOJEWÓDZTWO:

ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania):

MIEJSCOWOŚĆ KOD POCZTOWY -

ULICA NR DOMU NR MIESZKANIA WOJEWÓDZTWO:

DANE RODZICA*/OPIEKUNA PRAWNEGO*/PEŁNOMOCNIKA /*niepotrzebne skreślić/

IMIĘ..... NAZWISKO

DATA URODZENIA PESEL

TELEFON e-mail:@.....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES):

MIEJSCOWOŚĆ..... KOD POCZTOWY -

ULICA NR DOMU NR MIESZKANIA

POWIAT: WOJEWÓDZTWO:

1. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik /Należy wstawić X we właściwej rubryce/

I grupa inwalidów	Znaczny stopień niepełnosprawności	Całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji	
		Stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym z przysługującym zasiłkiem pielęgnacyjnym	
II grupa inwalidów	Umiarkowany stopień niepełnosprawności	Całkowita niezdolność do pracy	
III grupa inwalidów	Lekki stopień niepełnosprawności	Częściowa niezdolność do pracy	
		Stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym	
Osoba w wieku do 16 lat zaliczane od osób niepełnosprawnych			

Dokument potwierdzający niepełnosprawność Wnioskodawcy jest ważny /Należy wstawić X we właściwej rubryce/

okresowo do na stałe

2. Rodzaj niepełnosprawności /Należy wstawić X we właściwej rubryce/

1)	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim		
2)	osoba poruszająca się o kulach lub przy pomocy balkonika		
3)	inna dysfunkcja narządu ruchu		
4)	dysfunkcja narządu wzroku:	- osoba niewidoma	
		- osoba niedowidząca	
5)	dysfunkcja narządu słuchu:	- osoba niesłysząca	
		- osoba niedosłysząca	
6)	dysfunkcja narządu mowy		
7)	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)		
8)	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia		

3. Oświadczenie o wysokości dochodów

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym

		Średni miesięczny dochód netto
Wnioskodawca:		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą : /należy wypełnić jeżeli dotyczy/		X
1)		
2)		
3)		
4)		
RAZEM		

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

4. Przedmiot dofinansowania

/Należy podać nazwę urzędu, rodzaj usługi/

.....
.....

5. Przewidywany koszt realizacji zadania

.....zł

Słownie.....

6. Cel, na który zostanie przekazane dofinansowanie

Lp.	Wykaz urzędów

6.1. Uzasadnienie celu dofinansowania */Należy opisać w jaki sposób sprzęt, który zostanie zakupiony dzięki otrzymanemu dofinansowaniu umożliwi lub znacznie ułatwi Wnioskodawcy funkcjonowanie/*

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

7. Miejsce realizacji zadania */należy wpisać adres/*

.....

8. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

Data rozpoczęcia: Data zakończenia:

9. Kwota wnioskowanego dofinansowania

Kwota:zł

/Należy wpisać całkowity koszt wnioskowanego dofinansowania/

(słownie:złotych)

10. Proszę o przekazanie kwoty dofinansowania na: */Należy wstawić X we właściwej rubryce/*

konto w banku:

Nr rachunku																															
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

konto wskazane na fakturze

odbioru dokonam osobiście* / odbioru w moim imieniu dokona osoba upoważniona* w Kasie Starostwa Powiatowego w Bieruniu */*niepotrzebne skreślić/*

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

11.1. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych

Kwota:zł (słownie:złotych)

11.2 Dotychczasowe źródła finansowania zadania

(Należy określić skąd pochodziły środki finansowe na dany cel)

W związku z powyższym w załączeniu przedkładam dokumenty, które potwierdzają dotychczas poniesione nakłady na realizację zadania (źródła finansowania).

12. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty dofinansowania oraz stanu rozliczenia

Lp.	Numer i data zawarcia umowy	Cel umowy (nazwa zadania i/lub programu ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Data przyznanego dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania [zł]	Stan rozliczenia i data rozliczenia
Razem uzyskane dofinansowanie:					

Czy Wnioskodawca w ciągu 3 ostatnich lat był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON i umowa ta została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy? /Należy wstawić X we właściwej rubryce/	Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązanie* wobec PFRON? /Należy wstawić X we właściwej rubryce/	Czy Wnioskodawca w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku korzystał ze środków PFRON na realizację zadania z zakresu likwidacji barier technicznych? /Należy wstawić X we właściwej rubryce/
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Uwaga: Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął, a które nie zostało przedawnione lub umorzone.

Oświadczam, że:

- 1) Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
- 2) Zobowiązuję się w ciągu 14 dni poinformować Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, mających wpływ na sposób jego rozpatrzenia.
- 3) Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem oraz otrzymaniem dofinansowania ze środków PFRON.
- 4) Posiadam środki własne na pokrycie wkładu własnego będącego uzupełnieniem dofinansowania.
- 5) Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
- 6) Nie otrzymałem/-am w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania ze środków PFRON na przedmiot objęty niniejszym wnioskiem.
- 7) Zobowiązuję się do udostępnienia przedstawicielom PCPR pomieszczeń, w których planowana jest likwidacja barier technicznych, celem przeprowadzenia wizji jeśli będzie taka konieczność w okresie przed przyznaniem dofinansowania oraz w okresie obioru końcowego.

W przypadku gdy, PCPR w Łędzinach poweźmie wątpliwość odnośnie do podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, może wezwać wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)

Stwierdzam własnoręczność podpisu:

.....
(podpis potwierdzającego własnoręczność podpisu

Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)

/podpis składa osoba, w obecności której Wnioskodawca lub przedstawiciel ustawowy samodzielnie nie może podpisać Wniosku/

13. Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie 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), dalej RODO, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, 43-140 Łędziny, ul. Łędzińska 24 informuje, iż:

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji ustawowych i statutowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie. Przedstawione poniżej informacje przekazujemy aby było wiadomo kto i w jaki sposób przetwarza Pani/Pana dane osobowe.

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie 43-140 Łędziny, ul. Łędzińska 24 , reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
2. Powołaliśmy Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym może się Pani/Pan skontaktować pisząc na adres e-mail: iod@powiatbl.pl , tel. 32 226 91 74.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych i statutowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).
4. Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, żądania ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
5. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
7. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zadań jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa.

Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z powyższą klauzulą informacyjną RODO

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)

Stwierdzam własnoręczność podpisu:

.....
(podpis potwierdzającego własnoręczność podpisu

Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)

/podpis składa osoba, w obecności której Wnioskodawca lub przedstawiciel ustawowy samodzielnie nie może podpisać Wniosku/

14. Wymagane załączniki do wniosku:

Lp.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do wniosku	
		Tak	Nie
1)	Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, osoby do 16 r.ż orzeczenia o niepełnosprawności.		
2)	Zaświadczenie lekarza specjalisty o stanie zdrowia – zgodnie z wzorem stanowiącym integralną część wniosku.		
3)	Co najmniej dwie oferty wnioskowanego urzędnika wraz ze specyfikacją, przy czym każda z nich musi pochodzić z innego punktu sprzedaży.		
4)	Dokumenty, które potwierdzają dotychczas poniesione nakłady na realizację zadania /jeśli dotyczy/		

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Łędzińska 24; 43-140 Łędziny
celem przyznania dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier w komunikowaniu się
(prosimy wypełnić czytelnie)

Imię i Nazwisko pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania pacjenta

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

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

2. Rodzaj urządzenia, sprzętu którego zakup jest uzasadniony potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności

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

3. Uzasadnienie konieczności zakupu urządzenia, sprzętu zmierzającego do usunięcia barier w komunikowaniu się, które umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się z otoczeniem i/lub przekazywanie informacji.

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

.....
Data

.....
(pieczętka i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie)