

Data wpływu:	
Nr sprawy:	



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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Imię/ Drugie imię:	
Nazwisko:	
Pesel:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
ADRES ZAMIESZKANIA	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu/ Nr lokalu:	
Kod pocztowy/ Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> wieś <input type="checkbox"/> miasto
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Imię/ Drugie imię:	
Nazwisko:	
Pesel:	

Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
ADRES ZAMIESZKANIA	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu/ Nr lokalu:	
Kod pocztowy/ Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> wieś <input type="checkbox"/> miasto
Nr telefonu:	
OPIEKUN USTANOWIONY	

Przedstawicielem ustawowym,

Opiekunem prawnym:

Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Sygnatura akt z dnia:	

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Imię i nazwisko:	
Repetitorium nr z dnia:	

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:	
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Ważność orzeczenia:	<input type="checkbox"/> bezterminowe <input type="checkbox"/> okresowe
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON				
<u>Cel</u> <u>dofinansowania:</u>	<u>Nr umowy</u>	<u>Data zawarcia</u> <u>umowy</u>	<u>Kwota</u> <u>dofinansowania</u>	<u>Stan rozliczenia</u>

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU	
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDWSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów):	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

- Przekazem pocztowym,
- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi.

OŚWIADCZENIE

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE:

- kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność (znaczny/umiarkowany stopień lub równoważne),
- kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą,
- aktualne zaświadczenie lekarskie (lekarz specjalista) zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (nie jest wymagane , gdy symbolem przyczyny niepełnosprawności jest 05-R),
- oferta cenowa,
- udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu , w którym ma nastąpić likwidacja barier (własność, umowa najmu),
- zgoda właściciela lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier technicznych,
- po wizji lokalnej Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć: - projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).

Przyznano kwotę dofinansowania w wysokości:	
Umowa nr z dnia:	
Podpis i pieczętka pracownika przygotowującego umowę	Podpis i pieczętka Dyrektora PCPR

Informacja

o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Jarocinie*

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jarocinie, dalej PCPR Jarocin. Dane teleadresowe: ul. Dworcowa 2, 63-200 Jarocin, tel.: 62 505 46 06, e-mail: pcpr@pcprjarocin.pl
2. Funkcję Inspektora Ochrony Danych Osobowych pełni dr n. prawnych Bartosz Mendyk. Z Inspektorem można się kontaktować pod adresem iod@powiat-jarocinski.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu weryfikacji i przyznania dofinansowania do likwidacji barier technicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych realizowane będzie na podstawie prawnej określonej przez art. 6 ust. 1 lit.c lub art. 9 ust. 2 lit. b RODO i wynikać będzie z przepisów prawa określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz innych aktach prawnych określających zadania i obowiązki do realizacji przez PCPR. Administrator nie planuje dalej przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.
5. Kategorie przetwarzanych danych osobowych: dane zwykłe(imię nazwisko, adres, PESEL), szczególne kategorie (wrażliwe)(informacja o stanie zdrowia).
6. Dostęp do Pani/Pana danych osobowych znajdujących się w PCPR Jarocin posiadają wyłącznie upoważnieni pracownicy i tylko w zakresie niezbędnym do realizacji obowiązków służbowych. Odbiorcami mogą być inne instytucje publiczne, w szczególności Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i tylko na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.
7. Pani/Pana dane osobowe pozyskiwane mogą być z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami kancelaryjno – archiwalnymi obowiązującymi w PCPR Jarocin zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach tj. 10 lat.
9. Posiada Pani/Pan prawo (żądania):
 - dostępu do swoich danych,
 - w dowolnej chwili wycofać zgodę w tak łatwy sposób, jak jej udzielono,
 - do sprostowania (poprawiania) danych,
 - do ograniczenia przetwarzania danych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.Zakres Pani/Pana praw (żądań) jest ograniczony i wynika z obowiązków nałożonych przez przepisy prawa na administratora.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym profilowane.
11. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
12. W przypadku kiedy Pani/Pan podajecie swoje dane osobowe do przetwarzania w celu przyznania dofinansowania likwidacji barier technicznych podanie danych jest obowiązkowe, a niepodanie danych spowoduje odmowę rozpatrzenia wniosku.

* Obowiązek informacyjny wobec osób, które dane dotyczą, wynika z art. 13 Rozporządzenie 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 (RODO)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane do wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier technicznych

Prosimy wypełnić czytelnie

1. **IMIĘ I NAZWISKO**

2. **PESEL**

3. Zakres dysfunkcji pacjenta i ich wpływ na funkcjonowanie (opis)

.....
.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych/dolnych, na wysokości/od:	
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych/dolnych, objawiający się:	
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia	

....., dnia.....

(miejscowość)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza