

Data wpływu:
Nr wniosku SOW:
RON.703

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

WNIOSEK PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

CZĘŚĆ A – DANE WNIOSKODAWCY
DANE PERSONALNE

Imię (imiona) i Nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość	
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Poczta	
Rodzaj miejscowości	<input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś
Numer telefonu	
Adres e-mail	

ADRES KORESPONDENCYJNY

(WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU, JEŚLI ADRES DO KORESPONDENCJI JEST INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA)

Miejscowość	
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Poczta	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Imię (imiona) i Nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Miejscowość	
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Poczta	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
Rodzaj miejscowości	<input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś

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
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności jest ważne:	<input type="checkbox"/> bezterminowo, <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Niezdolność	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji, <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy, <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy, <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, <input type="checkbox"/> Nie dotyczy.
Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> Tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> Tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> Nie

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH I SYTUACJI

Rodzaj gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/> wspólne <input type="checkbox"/> indywidualne
Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy (średnia za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, podzielona przez ilość osób w gospodarstwie domowym)	
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym	
Czy Wnioskodawca jest osobą zamieszkującą samotnie?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca ubiegał się w latach poprzednich o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i nie otrzymał dofinansowania? Nie Tak, w jakich latach?

Na likwidację barier w komunikowaniu się ze środków finansowych PFRON:

nie korzystałem (proszę wówczas pominąć poniższą tabelę i przejść do części B wniosku) **korzystałem**, jeśli tak to:

(JEŚLI ZOSTAŁO ZAZNACZONE KORZYSTAŁEM) CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

CZĘŚĆ B – PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot wniosku	
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:	

Cel dofinansowania:
(W przypadku szerszego uzasadnienia, można je dołączyć jako załącznik do wniosku na osobnej kartce)

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

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier	
Miejsce realizacji zadania	
Termin rozpoczęcia	
Przewidywany czas realizacji	

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

KONTO WYKONAWCY podane na dowodzie zakupu usługi.

Właściciel konta:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

SYTUACJA ZAWODOWA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą, | <input type="checkbox"/> Bezrobotny poszukujący pracy, |
| <input type="checkbox"/> Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca, | <input type="checkbox"/> Rencista poszukujący pracy, |
| <input type="checkbox"/> Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy, | <input type="checkbox"/> Dzieci i młodzież, |
| <input type="checkbox"/> Inne, jakie..... | |

CZĘŚĆ C - OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- 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,
- nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy,
- uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny, dane zawarte we wniosku oraz w załączonych wymagalnych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym,
- o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku w ciągu 14 dni od ich wystąpienia.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Data wpływu kompletnego wniosku	Podpis pracownika przyjmującego wniosek

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważne.
2.	Zaświadczenie lekarskie wypełnione w języku polskim.
3.	Oferta cenowa /Faktura Pro-forma zawierająca dane personalne osoby z niepełnosprawnością.

Zgodnie z art. 13 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 (Dz.U. UE L. z 2016 r. Nr 119) zwaną dalej RODO – informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku. Można się z nami skontaktować przesyłając korespondencję na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek, e-mail: pccrszczecinek@wp.pl lub telefonicznie: 94 71 37 101.
2. W sprawach dotyczących przetwarzania przez nas danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować z inspektorem ochrony danych kierując korespondencję na ww. adres z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych lub na adres e-mail: iod@powiat.szczecinek.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w celu rozpatrzenia Pani/Pana wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do **likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się** w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, a także przekazania oraz rozliczenia przyznanego dofinansowania, w związku z §10, §11 oraz §13 pkt 4 i §14 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze Środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 926 z późn. zm.); podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych będzie również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tzn. wyrażona przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych, których podanie jest dobrowolne i nie wynika z wymogów prawa, cel przetwarzania tych danych osobowych będzie wskazywany każdorazowo w czasie uzyskiwania Pani/Pana zgody.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organy publiczne, jednostki lub inne podmioty, którym mogą być ujawnione dane, sprzedawcy, usługodawcy, kurierzy oraz operator pocztowy, w zakresie niezbędnym do doręczenia korespondencji.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt przez okres 5 lat liczony w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy lub wymagań na podstawie ww. ustaw.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania oraz w uzasadnionych przypadkach prawo do żądania ograniczenia przetwarzania, w odniesieniu do danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do żądania usunięcia danych oraz prawo do przenoszenia danych.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy rozporządzenia RODO.
10. W przypadku, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obowiązkowe, natomiast gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.

Zgoda przetwarzanie danych osobowych

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku jako administrator danych osobowych informuje, że niniejsza zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. W celu cofnięcia zgody należy skontaktować się z Administratorem i złożyć oświadczenie o wycofaniu wyrażonej uprzednio zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Ja niżej podpisana/-y

.....
(imię i nazwisko)

wyrażam zgodę na przetwarzanie, przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku, moich danych osobowych obejmujących:

numer telefonu:

(jeżeli wyraża Pani/Pan zgodę proszę wpisać numer telefonu)

adres e-mail:

(jeżeli wyraża Pani/Pan zgodę proszę wpisać adres e-mail)

cel przetwarzania: Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania oraz weryfikacji potrzeb wynikających z niepełnosprawności w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się.

.....
Data i podpis



Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny.....

2. Potrzeby w zakresie*

- Likwidacji barier architektonicznych - dostosowanie pomieszczeń mieszkalnych lub budynków;
- Likwidacji barier w komunikowaniu się - zakup sprzętu elektronicznego np. komputer, telefon komórkowy;
- Likwidacji barier technicznych - zakup sprzętu urządzeń ułatwiających codzienne funkcjonowanie.

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pola znakiem X):

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji¹:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu, | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu, |
| <input type="checkbox"/> porażenie dwu- bądź czterokończynowe, | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu mowy, |
| <input type="checkbox"/> osoba leżąca, | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku, |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim, | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna, |
| <input type="checkbox"/> osoba po amputacji kończyn/kończyny dolnych/ej, | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe, |
| <input type="checkbox"/> osoba po amputacji kończyn/kończyny górnych/ej, | <input type="checkbox"/> autyzm, |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się za pomocą kul lub balkonika, | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |

4. Główna przyczyna niepełnosprawności (można zaznaczyć maksymalnie 3 przyczyny *):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe, | <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego, |
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne, | <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego, |
| <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu mowy i choroby słuchu, | <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne, |
| <input type="checkbox"/> choroby narządu wzroku, | <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe, |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie narządu ruchu, | <input type="checkbox"/> epilepsja, |
| <input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążeniowego, | <input type="checkbox"/> inne, w tym schorzenia endokrynologiczne,
metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne. |

Opis schorzenia:

miejsowość data

pieczętka i podpis lekarza

¹ proszę wstawić X we właściwej rubrykach

*niepotrzebne skreślić