



Data wpływu wniosku:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Nr wniosku: **534.1.** .....

## WNIOSEK

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

### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

#### ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego, gdy osoba ta nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych <input type="checkbox"/> jako pełnomocnik
<b>Postanowieniem Sądu Rejonowego:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

## ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

## ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

## DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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 ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy

<p><b>Niezdolność:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji</li> <li><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny</li> <li><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy</li> <li><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy</li> <li><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym</li> <li><input type="checkbox"/> Nie dotyczy</li> </ul>
<p><b>Rodzaj niepełnosprawności (potwierdzony w posiadanych orzeczeniach dot. niepełnosprawności):</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe</li> <li><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne</li> <li><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba głucha</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba niewidoma</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</li> <li><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja</li> <li><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia</li> <li><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego</li> <li><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego</li> <li><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne</li> <li><input type="checkbox"/> 11-I – inne</li> <li><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe</li> </ul>

<p><b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p><b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny</p>

### ŚREDNI MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO NA OSOBĘ

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:  indywidualne  wspólne

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi:**

.....zł

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

**Ze środków finansowych PFRON:**  nie korzystałem  korzystałem

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 95%:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania:	

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 95% kosztów realizacji zadania. Przewidywany koszt realizacji zadania nie powinien być większy niż suma kwoty wnioskowanej, deklaryowanych środków własnych oraz innych źródeł finansowa.

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

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	



§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Oświadczam, że wszystkie dane podane we wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON są zgodne z prawdą i że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

O zmianach zaistniałych po złożeniu niniejszego wniosku, mających wpływ na jego realizację, zobowiązuję się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim w terminie 14 dni.

**Dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego dalej RODO) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim, ul. Grunwaldzka 3, adres e-mail: [sekretariat@pcprnml.pl](mailto:sekretariat@pcprnml.pl), tel. 56 474 31 96.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim jest możliwy poprzez adres e-mail: [iod@pcprnml.pl](mailto:iod@pcprnml.pl) lub tel. 56 474 31 96.
3. Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c RODO oraz zadań określonych w Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w ust. 3 Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w ust. 3 celu przetwarzania, nie krótszy niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pani/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
  - 1) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO,
  - 2) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,
  - 3) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO,
  - 4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO,
  - 5) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO,
  - 6) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, na podstawie art. 21 RODO,
  - 7) w przypadku, jeśli przetwarzanie Pani/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych odbywa się na podstawie zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Przysługuje Pani/Panu/dziecku/podopiecznemu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych, danych osobowych dziecka/podopiecznego jest warunkiem prowadzenia Pani/Pana/dziecka/podopiecznego sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim i jest:
  - 1) obowiązkowe, jeżeli zostało to określone w przepisach prawa, konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości prowadzenia sprawy,
  - 2) dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody,
  - 3) podanie numeru telefonu jest dobrowolne i wykorzystane będzie jedynie w celu kontaktu z Panią/Panem w sprawach związanych z realizacją złożonego wniosku.



9. Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
10. Administrator danych nie będzie przekazywać Pani/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych do państwa trzeciego oraz organizacji międzynarodowej.

**Prawdziwość przedstawionych we wniosku danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

Data	Podpis Wnioskodawcy

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	Orzeczenie
2.	Zaświadczenie wystawione przez lekarza specjalistę
3.	Informacja od nauczyciela, logopedy, lub opinia z poradni psychologiczno-pedagogicznej dotycząca
4.	indywidualnych problemów i potrzeb osoby niepełnosprawnej - jeżeli dotyczy
5.	Zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki – jeżeli dotyczy
6.	Oferta ze sklepu o koszcie przedmiotu dofinansowania
7.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania
8.	Kopia pełnomocnictwa lub innego dokumentu dającego podstawę prawną do reprezentacji Wnioskodawcy - jeżeli dotyczy

### WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

#### Ocena merytoryczna

.....

.....

.....

.....

.....  
data, pieczętka i podpis pracownika PCPR

#### Decyzja dyrektora PCPR

Wniosek rozpatrzono pozytywnie / negatywnie\* i przyznano / nie przyznano\* środki finansowe PFRON w wysokości ..... zł, do likwidacji barier w komunikowaniu się.

.....  
data, pieczętka i podpis dyrektora PCPR