

Pieczęć wpływu wniosku

Nr wniosku: **535.1**.....

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób**  
**Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych**  
**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/podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/podopiecznego, gdy osoba ta nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych <input type="checkbox"/> jako pełnomocnik/kurator osoby niepełnosprawnej
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielenia dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

**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
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu i lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

Proszę wypełnić, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu i 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
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu i 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 jest 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

**Niezdolność:**

- Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji
- Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
- Osoby całkowicie niezdolne do pracy
- Osoby częściowo niezdolne do pracy
- Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym
- Nie dotyczy

**Rodzaj niepełnosprawności**

(symbole w posiadanym orzeczeniu dotyczącym niepełnosprawności):

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
  - osoba głucha
  - osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
  - osoba niewidoma
  - osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
  - wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
  - dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

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

**w tym liczba osób niepełnosprawnych:** .....

**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.

**Na likwidację barier architektonicznych/w komunikowaniu się/technicznych 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****PRZEDMIOT WNIOSKU**

<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 95%:</b>	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	
<b>Proszę uzasadnić cel dofinansowania:</b>  Jaki wpływ będzie miało przyznane dofinansowanie na funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej?	

**WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ  
(INWESTYCJI I ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER**

<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji i zakupów) w celu likwidacji barier:</b>	
<b>Miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia realizacji zadania:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji zadania:</b>	

## OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

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

## FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia					
Właściciel konta (imię i nazwisko):						
Nazwa banku:						
Nr rachunku bankowego						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- W kasie (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)  
 Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą  
 Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca  
 Bezrobotny poszukujący pracy  
 Rencista poszukujący pracy  
 Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy  
 Dzieci i młodzież do lat 18  
 Inne / jakie?.....

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

#### Oświadczam, że:

- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- w przypadku przyznania dofinansowania zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu przedmiotu/ów ortopedycznego/ych lub/i środka/ów pomocniczego/ych, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprowadzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1. Kodeksu karnego: Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 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.	Oferta ze sklepu o koszcie przedmiotu dofinansowania
4.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania
5.	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 technicznych.

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