

.....  
data wpływu wniosku ( dzień, miesiąc, rok )

## W N I O S E K

**o dofinansowanie ze środków PFRON zakupu urządzeń  
z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się/likwidacji barier technicznych**

**WNIOSKODAWCA ( PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI )**

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA
NUMER DOWODU OSOBISTEGO	NUMER PESEL
POSIADANE ORZEZCZENIE	NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO

Wykaz planowanych przedsięwzięć (zakupu urządzeń, wykonanie usług) w celu likwidacji barier w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy – z podaniem dokładnego uzasadnienia, w jaki sposób ich realizacja umożliwi lub ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, zwiększy samodzielność i niezależność życiową, poprawi warunki pracy i nauki oraz jakość społecznego funkcjonowania:

LP	PRZEDSIĘWZIĘCIE	UZASADNIENIE

**DANE OPIEKUNA PRAWNEGO/KURATORA/PEŁNOMOCNIKA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO  
(PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI)**

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA
NUMER DOWODU OSOBISTEGO	NUMER PESEL
NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO	_____

*Podpis wnioskodawcy/opiekuna prawnego kuratora/  
/pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego*

**Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

1. na likwidację barier w komunikowaniu się lub barier technicznych:	
1.1 nie korzystałem	
1.2 korzystałem ( data dofinansowania )	
a) przedmiot dofinansowania	
b) kwota dofinansowania [ zł ]	
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się/jestem w trakcie rozliczania/nie rozliczyłem się	

Miesięczny dochód (netto) w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego, obliczony za ostatni kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	
--	--

**Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)**

IMIĘ I NAZWISKO – POKREWIEŃSTWO	NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ	
	STOPIEŃ	RODZAJ
1		
2		
3		
4		
5		

**!!!! UWAGA !!!!**

Dofinansowanie likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

**Zostałam/em poinformowana/ny o szczegółowych procedurach realizacji wniosku dotyczącego dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się i likwidacji barier technicznych.**

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

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, wynikającej z art.233 §1 KK „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę – podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”

Uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art.297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2018, poz. 1600) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018, poz. 1000.)

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.**

Data i czytelny podpis wnioskodawcy/opiekuna prawnego/kuratora/pełnomocnika/  
przedstawiciela ustawowego

Wymagane załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik (w przypadku gdy z wnioskodawcą zamieszkują inne osoby niepełnosprawne – kopię ich orzeczeń)
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia od lekarza specjalisty, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności (załącznik do wniosku)
3. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy
4. Opinia psychologa/nauczyciela/wychowawcy/dyrektora szkoły lub placówki – w przypadku gdy wnioskodawca pobiera naukę
5. Do wglądu - dowód osobisty wnioskodawcy i opiekuna gdy wypisany we wniosku
6. Kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego/akt notarialny lub inny dokument stwierdzający, iż opiekun (o ile wypisany powyżej) sprawuje opiekę nad wnioskodawcą
7. Kosztorys/oferta handlowa/wycena/faktura pro-forma na wnioskowane przedmioty/urządzenia podbite pieczętą sprzedawcy

ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON  
LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ I/LUB BARIER TECHNICZNYCH

BARDZO PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE NINIEJSZEGO DOKUMENTU W CELU PRAWIDŁOWEJ  
WERYFIKACJI DANYCH WNIOSKODAWCY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	ADRES ZAMIESZKANIA
DATA URODZENIA	NUMER PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

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

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne/sprzęt rehabilitacyjny.

.....

5. Konieczność realizacji zadań zmierzających do usunięcia barier technicznych i/lub w komunikowaniu się , które umożliwiają lub w znacznym stopniu ułatwiają osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności i/lub kontaktów z otoczeniem

TAK (uzasadnienie)

.....  
.....

NIE (uzasadnienie)

.....  
.....

**Niepełnosprawność pacjenta dotyczy:**

dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim

inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?).....

dysfunkcja narządu słuchu

dysfunkcja narządu mowy

dysfunkcja narządu wzroku

zaburzenia psychiczne

upośledzenie umysłowe

niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

.....  
Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

.....  
Imię i nazwisko  
.....  
.....

Adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE

### Potwierdzam uzyskanie informacji:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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, zwane dalej „RODO”), informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach, ul. Kazimierza Wielkiego 5, 32-400 Myślenice, zwane dalej „**Administratorem**”. Mogą Państwo skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: Kazimierza Wielkiego 5, 32-400 Myślenice lub telefonując pod numer: 122749810. We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych mogą Państwo również skontaktować się z inspektorem ochrony danych, którym jest Iwona Cygan - Opyt, pisząc na adres: [biuro@kancelariacygan.pl](mailto:biuro@kancelariacygan.pl)
2. Państwa dane przetwarzane są w celu możliwości wykonywania przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach ustawowych zadań, określonych m.in. w:
  - ustawie ustawy o pomocy społecznej ( Dz. U. z 2018 r.poz.1508 z późn. zm.),
  - ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r.poz.511 z późn. zm.),
  - ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej ( Dz. U. z 2018 r. poz. 998 z późn. zm.),
  - ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie ( Dz. U z 2015 poz.1390 ) oraz w innych regulacjach.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów. Nie udostępniamy Państwa danych innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa.
4. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
5. Państwa dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres wyznaczony właściwym przepisami prawa, w tym w szczególności: ustawy z dnia 14.07.1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
6. Mają Państwo prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również mają Państwo prawo do ograniczenia przetwarzania danych.
7. Gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Przekazanie nam Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdego z Państwa, wobec którego realizujemy cele opisane w punkcie 2.
9. W przypadku gdy przetwarzanie Państwa danych odbywa się na podstawie zgody na przetwarzanie, mają Państwo prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. W oparciu o Państwa dane osobowe Administrator *nie będzie* podejmował wobec Państwa zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania. Profilowanie oznacza dowolną formę zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub przemieszczania się.

.....  
podpis oświadczającego (wnioskodawcy i / lub opiekuna)