

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## 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 <input type="checkbox"/> Jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
<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 udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	

<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<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**

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

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nazwa pola	Wartość
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<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
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

<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>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p><b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b></p>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

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

**w tym liczba osób niepełnosprawnych:**

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**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

Nazwa pola	Wartość
------------	---------

<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
Słownie:	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	
<b>Cel dofinansowania i uzasadnienie:</b>	

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

Nazwa pola	Wartość
<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b>	
<b>Miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji:</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	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## Część C – Dane dodatkowe

### 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?

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił:                      zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:                      .

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.

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - 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.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

### **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

<b>Lp.</b>	<b>Plik</b>

### **UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

<b>Lp.</b>	<b>Plik</b>

### **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**

<b>Lista</b>



.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

data .....

**Uwaga! Zaświadczenie jest ważne przez okres 30 dni od daty wystawienia  
Zaświadczenie wypełnia lekarz**

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu celem ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zakupu urządzeń z zakresu likwidacji **barier w komunikowaniu się.***

**Prosimy wypełnić w języku polskim.**

1. Dane osoby, której dotyczy wnioski o przyznanie dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się:

- a) Imię i Nazwisko.....
- b) Adres zamieszkania.....
- c) Data i miejsce urodzenia .....

2. Ze względu na rodzaj niepełnosprawności (schorzenia) spowodowany

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

Osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt. 1 ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, polegające na :

.....  
.....

3. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń.

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

Posiadanie w/w urządzeń, itp. Wpłyne na poprawę komunikowaniu się z otoczeniem w następujący sposób:

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

.....  
(pieczęć lekarza specjalisty)



**Załącznik Nr 2**

Łowicz, dnia.....

Oświadczenie

Ja niżej podpisana.....

Imię i nazwisko

Zamieszkała(y).....

Adres

- Oświadczam, że nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o dofinansowanie na ten sam cel ze środków PFRON za pośrednictwem innego powiatu.
- Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego
- Oświadczam, że jestem świadomy faktu, iż dofinansowanie ze środków PFRON nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przeze mnie przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.
- Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec PFRON oraz że w ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem(am) stroną umowy zawartej z funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Oświadczam, że w miejscu mojego zamieszkania nie zostały zlikwidowane bariery architektoniczne ze środków PFRON o które ubiegam się w/w wnioskiem.

.....

Czytelny podpis wnioskodawcy



**KLAUZULA INFORMACYJNA**

do przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, informuję Pana/Panią, że:

Administratorem Pana/i Danych jest:	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu, 99-400 Łowicz, ul. Podrzeczna 30, które reprezentuje Pani Magdalena Balcerak – Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu
Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych oraz udostępnia jego dane kontaktowe:	<i>Witold Kosiński</i> <i>iodo@cuwpowiatlowicki.pl</i>
Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu:	Realizacji zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych i wydanych do niej rozporządzeń wykonawczych
Podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:	Udzielona przez Pana/Panią zgoda na przetwarzanie danych wynika z obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z powyższej ustawy.
Dane będą ujawniane:	Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą pod adresem Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa oraz uprawnionym odbiorcom Systemu Obsługi Wsparcia.
Informacja o przekazywaniu danych do innych podmiotów:	Pana/Pani dane są przekazywane innym organom i podmiotom niewymienionym w przepisach prawa w celach wskazanych powyżej. Odbiorcami danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
Okres przechowywania danych:	Pani/Pana dane będą przechowywane przez 10 lat, zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu w porozumieniu z Dyrektorem Archiwum Państwowego w Warszawie w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwum zakładowego
Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania, wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy przetwarzanie danych naruszyłyby przepisy ogólne rozporządzenia.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania,</li> <li>2. usunięcia lub ograniczenia przetwarzania swoich danych,</li> <li>3. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,</li> <li>4. przenoszenia danych,</li> <li>5. cofnięcia wyrażonej zgody na przetwarzanie danych,</li> <li>6. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy przetwarzanie danych naruszyłyby przepisy ogólne rozporządzenia.</li> </ol>
Podane przez Panią/Pana dane są:	Wymogiem ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych i wydanych do niej rozporządzeń. Konsekwencją niepodania danych będzie niezafatwienie sprawy.
Pani/Pana dane:	Nie podlegają zautomatyzowanemu systemowi podejmowania decyzji, w tym profilowaniu.

.....  
Data i czytelny podpis klienta  
od którego zbierane są dane

.....  
Podpis pracownika





## UZASADNIENIE WNIOSKU

(cel dofinansowania)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis Wnioskodawcy