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

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	**Wartość**
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	**Wartość**
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w przypadku dzieci oraz dorosłych nieposiadających zdolności do czynności prawnych)	
Nazwa pola	**Wartość**
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Nazwa pola	**Wartość**
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ 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:	☐ 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

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?

SYTUACJA MIESZKANIOWA (wstawić x we właściwej rubryce)

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

ŚREDNI DOCHÓD

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

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier w komunikowaniu się 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**
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON co stanowi maksymalnie 95% kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Słownie:	
Informacja o innych źródłach finansowania	

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER	
Nazwa pola	**Wartość**
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	

Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

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:	

☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi.

OŚWIADCZENIE

1. 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.
2. **Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdyoświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**
3. Oświadczam, iż nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Nie byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po przekazaniu środków finansowych z Państwowego Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i podjęciu przez Powiat Niżański uchwały o podziale środków PFRON na poszczególne zadania w roku bieżącym,
5. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych na realizację zadania,
6. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie,
7. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania,
8. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnację należy zgłaszać do PCPR w Nisku w formie pisemnej.

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku z siedzibą w Nisku pod adresem 37-400 Nisko, ul. Kościuszki 7, tel. 15 84 16 368, e-mail: poczta@pcpr-nisko.pl
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Pan Andrzej Kołodziej, z którym można się skontaktować pod e-mail: poczta@pcpr-nisko.pl

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu : *Przyznanie dofinansowania ze środków PFRON* Na podstawie: *Art. 4 ust. 1, pkt. ustawy z dnia 5 czerwca 1980 o samorządzie powiatowym, art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych*
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie: *Brak odbiorców danych*
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu usunięcia zgodnie z kategorią archiwalną tj.: *Zgodnie z kategorią archiwalną.*
7. Posiada Pani/Pan prawo:
   a) dostępu do treści swoich danych osobowych,
   b) prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania,
   c) prawo do przenoszenia danych,
   d) prawo wniesienia sprzeciwu.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obligatoryjne, a ich zakres został określony w ustawie Kodeks postępowania administracyjnego oraz w przepisach szczegółowych, konsekwencją nie-podania tych danych będzie pozostawienie podania bez rozpoznania.
10. Pani/Pan dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz osób wspólnie zamieszkujących z Wnioskodawcą
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (ważne 3 miesiące od daty wystawienia),
3. Oferta handlowa urządzenia, sprzętu itp. które ma zlikwidować barierę w komunikowaniu się.
4. Uzasadnienie wniosku w formie odrębnego załącznika do wniosku (w uzasadnieniu należy odnieść się do przeszkód wynikających z braku zastosowania odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności, przedmiotów lub urządzeń; likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie).
5. W przypadku osób niezdolnych do złożenia podpisu na wniosku, dodatkowo pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*

…….…….. ……..……..

(Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanieze środków PFRON do likwidacji barier w komunikowaniu się

(PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

1. Rodzaj niepełnosprawności / rozpoznanie choroby zasadniczej:

……..

……

……..

……

2. Rodzaj sprzętu umożliwiającego osobie niepełnosprawnej komunikowanie się:

……..

3. Uzasadnienie celowości likwidacji barier w komunikowaniu się w aspekcie indywidualnychpotrzeb osoby niepełnosprawnej:

……

……

……

……

……..

(pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)