

...../.....
numer kolejny wniosku

.....
data wpływu kompletnego wniosku

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się

Dane Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

Imię i nazwisko imię ojca
seria numer dowodu osobistego wydany w dniu.....
przez..... ważny do
nr PESEL adres zamieszkania.....
.....
nr telefonu

Proszę o dofinansowanie
należy podać nazwę urządzenia (ewentualnie montaż) rodzaj usługi

.....
w łącznej wysokości zł (słownie
.....)

co stanowi% ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.
(maksymalne dofinansowanie PFRON 95%, obowiązkowy udział własny 5%)

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie, zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem*/ kosztem wykonania usługi*, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uzasadnienie wniosku

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

* niepotrzebne skreślić

Informacje o Wnioskodawcy (proszę wstawić X w odpowiedniej rubryce)

I. Rodzaj niepełnosprawności

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak lub amputacja kończyn górnych	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
8. inne	

II. Sytuacja zawodowa

1. zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą*	
2. osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym /lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy*	
4. rencista/ emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

III. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. na likwidację barier w komunikowaniu się	
1.1 nie korzystałem	
1.2 korzystałem	
a) przedmiot dofinansowania	
b) data otrzymania dofinansowania	
c) kwota dofinansowania [zł]	
2. korzystałem na inne cele ustawowe	

IV. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonych na ten sam cel

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

Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr88, poz. 553, z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

.....
(podpis Wnioskodawcy * przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego* pełnomocnika)

* niepotrzebne skreślić

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy) opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn/córka
imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria.....numer.....wydany w dniuprzez.....
dowód osobisty

ważny do nr PESEL.....

miejsowość.....ulica..... nr domu..... nr lokalu.....
nr kodu-..... poczta..... powiat.....

województwo..... nr tel./fax.(nr kier.).....

ustanowiony Opiekunem*/Pełnomocnikiem*.....
(postanowienie Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt/ na mocy pełnomocnictwa
potwierdzonego przez Notariusza
z dn. repet.. nr.....)*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY
o posiadaniu środków na wkład własny**

Niniejszym oświadczam, że Ja
(imię i nazwisko)

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej w realizacji

.....
(podać cel dofinansowania)

.....
(miejsowość, data)

.....
*(data, podpis osoby składającej oświadczenie
tj. wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego)*

Załączniki do wniosku

1. Kopia orzeczenia wnioskodawcy o niepełnosprawności lub orzeczenia innych organów (oryginał do wglądu).
2. Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu (wypełnione w języku polskim, wskazujące czy lub w jakim stopniu choroba wpływa na ograniczone komunikowanie się z otoczeniem).
4. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.
5. oświadczenie o dochodach wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego
6. oświadczenie o nr konta bankowego wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego
7. oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego
8. Inne dokumenty wymagane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że **miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów (Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON), **podzielony przez liczbę osób** we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony **za kwartał poprzedzający miesiąc** złożenia wniosku wynosił

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr88, poz. 553, z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

.....
(data, podpis osoby składającej oświadczenie
tj. wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przekazanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na niżej podany numer konta bankowego.

Nazwa banku obsługującego Wnioskodawcę:

Nazwa właściciela/li nr rachunku bankowego:

Numer rachunku bankowego:

□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□
--

.....
(data, miejscowość)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy/
przedstawiciela ustawowego)

Adnotacje przyjmującego wniosek:

1. Opinia merytoryczna dotycząca poprawności złożonego wniosku i załączników:

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

.....
(data i podpis)

2. I etap

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

.....
(data i podpis)

3. II etap

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

.....
(data i podpis)

4. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(data i podpis)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 94/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „Rozporządzeniem” informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi, ul. Pocztowa 7, 89-500 Tuchola, nr telefonu (052) 5592018, adres email: pcprtuchola@wp.pl. Przedstawicielem Administratora jest Kierownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi Anna Toby, nr telefonu (052) 5592018, adres email: pcprtuchola@wp.pl.
2. Z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie można skontaktować się pod adresem e-mail: inspektor.rodo@wp.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie, zgodnie z:
 - 1) art.6 ust.1 lit. c Rozporządzenia (wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi);
 - 2) art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia (wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi);
 - 3) art. 9 ust. 2 lit. b Rozporządzenia (przetwarzanie jest niezbędne do wypełniania obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, lub porozumieniem zbiorowym na mocy prawa państwa członkowskiego przewidującym odpowiednie zabezpieczenia praw podstawowych i interesów osoby, które dane dotyczą);
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców. Odbiorcami danych mogą być podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat zgodnie z Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym.
6. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych w każdej chwili ma Pani/Pan prawo do:
 - 1) dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
 - 2) sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
 - 3) usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;
 - 4) ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
 - 5) przeniesienia swoich danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia;
 - 6) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia.
7. Pani/Pan ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie danych osobowych jest niezgodne z przepisami Rozporządzenia.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem ustawowym, a ich nie podanie oznacza brak możliwości rozpatrzenia złożonego wniosku.
9. Pani/Pana dane nie są przez nas wykorzystywane do podejmowania decyzji opartych na zautomatyzowanym przetwarzaniu danych, w tym nie są wykorzystywane do profilowania.
10. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.

Administrator Danych Osobowych
Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie w Tucholi