

Pieczęć PCPR

Data wpływu kompletnego wniosku
Numer sprawy

W N I O S E K
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji
barier technicznych w związku
z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

Uwaga!! Przed wypełnieniem niniejszego wniosku należy zapoznać się z Regulaminem przyznawania dofinansowania na likwidację barier technicznych w Powiecie Tucholskim

I. Wnioskodawca (proszę wypełnić drukowanymi literami)			
1. Imię (imiona) i nazwisko		2. Imię ojca	
3. Dowód osobisty seria nr wydany w dniu przez			
ważny do		4. Nr PESEL	
5. Adres zamieszkania			
Ulica		nr domu	nr mieszkania
Miejscowość	kod pocztowy	Powiat	Województwo
telefon (z nr kier.)		telefon komórkowy	

I.A. Proszę o dofinansowanie

I.B. Rodzaj niepełnosprawności²

1	Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim lub wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2	Inna dysfunkcja narządów ruchu	
3	Dysfunkcja narządu wzroku	
4	Dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5	Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6	Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia i inne	

II. Sytuacja zawodowa

1	Zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą*	
2	Osoba w wieku od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3	Bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy*	
4	Rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5.	Osoby utrzymujące się z zasiłków z pomocy społecznej	
5	Dzieci, młodzież do lat 18	

*niepotrzebne skreślić

Przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub pełnomocnik

1. Imię (imiona) i nazwisko		2. Imię ojca	
3. Dowód osobisty seria nr wydany w dniu przez			
Ważny do		4. Nr PESEL	
5. Adres zamieszkania			
Ulica		nr domu	nr mieszkania
Miejscowość	kod pocztowy	Powiat	Województwo
telefon (z nr kier.)		telefon komórkowy	
Ustanowiony opiekunem\ pełnomocnikiem na podstawie			

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że Ja

.....
(imię i nazwisko)

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej w realizacji

.....
(podać cel dofinansowania)

.....
(miejscowość, data)

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

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)

*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)

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PCPR w Tucholi
/PROSZĘ O WYPEŁNIENIE ZASWIADCZENIA W JĘZYKU POLSKIM/

Imię i nazwisko
Data urodzenia PESEL
Adres

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:
 - na wózku inwalidzkim
 - na stałe
 - okresowo
 - za pomocą kul
 - za pomocą balkoniku
 - osoba leżąca
- inna dysfunkcja narządu ruchu
- wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- inne (podać jakie)

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej

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

Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

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

Pacjent **wymaga \ nie wymaga**** przystosowania budynku mieszkalnego i jego najbliższego otoczenia stosownie do potrzeb jego niepełnosprawności

Data

.....
Podpis i pieczętka lekarza

* właściwe zaznaczyć
** niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

Wykaz załączników	Dostarczono TAK/NIE
1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz., 776 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopie orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu)	
2. Kopia orzeczeń, o których mowa wyżej, osób niepełnosprawnych zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób,	
3 Aktualne zaświadczenie lekarskie, wypełnione przez lekarza specjalistę zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i potwierdzające konieczność zaopatrzenia w przedmiot wniosku (załącznik do wniosku),	

Wniosek niekompletny**Stwierdzam kompletność**.....
/data i podpis/.....
/data i podpis/**Adnotacje przyjmującego wniosek:**.....
.....
.....**Opinia merytoryczna, co do kompletności wniosku oraz zasadności zaproponowanego przez wnioskodawcę zakresu zadania:**.....
.....
.....
..........
/data i podpis/**Etap II****Opinie merytoryczna, co do poprawności rozwiązań technicznych i kosztów oraz zgodności z katalogiem likwidacji barier:**.....
.....
..........
/data i podpis/**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.rodod@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