

Powiatowe Centrum  
Pomocy Rodzinie  
ul. Pankiewicza 5-7  
66-400 Gorzów Wlkp.

Data wpływu:

Nr sprawy:

## 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:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	{ } mężczyzna { } kobieta

#### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	

<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	{    } miasto {    } wieś
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

{    } Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
<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>	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	

<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	{        } mężczyzna {        } kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Wartość
<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>	{        } miasto {        } wieś

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nazwa pola	Wartość
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	{        } tak {        } nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	{        } Znaczny {        } Umiarkowany {        } Lekki {        } Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	{        } bezterminowo {        } okresowo – do dnia: {        }
<b>Numer orzeczenia:</b>	

<b>Grupa inwalidzka:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>{    } I grupa</li> <li>{    } II grupa</li> <li>{    } III grupa</li> <li>{    } nie dotyczy</li> </ul>
<b>Niezdolność:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>{    } Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji</li> <li>{    } Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny</li> <li>{    } Osoby całkowicie niezdolne do pracy</li> <li>{    } Osoby częściowo niezdolne do pracy</li> <li>{    } Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym</li> <li>{    } Nie dotyczy</li> </ul>
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>{    } 01-U – upośledzenie umysłowe</li> <li>{    } 02-P – choroby psychiczne</li> <li>{    } 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <ul style="list-style-type: none"> <li>{    } osoba głucha</li> <li>{    } osoba głuchoniema</li> </ul> </li> <li>{    } 04-O – narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <li>{    } osoba niewidoma</li> <li>{    } osoba głuchoniewidoma</li> </ul> </li> <li>{    } 05-R – narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <li>{    } wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <ul style="list-style-type: none"> <li>{    } dysfunkcja obu kończyn górnych</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>{    } 06-E – epilepsja</li> <li>{    } 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia</li> <li>{    } 08-T – choroby układu pokarmowego</li> <li>{    } 09-M – choroby układu moczowo-płciowego</li> <li>{    } 10-N – choroby neurologiczne</li> <li>{    } 11-I – inne</li> <li>{    } 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe</li> </ul>
<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>{    } tak {    } nie</li> </ul>
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>{    } 2 przyczyny</li> <li>{    } 3 przyczyny</li> </ul>

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

{            } indywidualne {            } wspólne

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

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

## 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 95 % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	
<b>Cel dofinansowania:</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:	

{ } Przekazem pocztowym

{ } 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.

**Uprowadzony/uprowadzona 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**



Wniosek , Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier w komunikowaniu się  
**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.

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

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
	<ul style="list-style-type: none"><li>• kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności-<b>oryginał do wglądu,</b></li><li>• aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia Wnioskodawcy,</li><li>• faktura proforma,</li></ul>

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość.....data.....

### **ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Gorzowie Wlkp.

prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim

1. Imię i nazwisko pacjenta.....

2. Data urodzenia .....

3. Adres zamieszkania.....

4. Rodzaj niepełnosprawności ( z opisem choroby)

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

5.Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w komunikowaniu się z otoczeniem ?

(właściwe zakreślić)

- Tak
- Nie

6. Prosimy wymienić urządzenie/sprzęt , którego zakup umożliwi lub znacznie ułatwi pacjentowi

kontaktowanie się z

otoczeniem.....

.....

7.Inne uwagi:

.....  
.....

.....

Pieczątka i podpis lekarza

### **Klauzula informacyjna - PFRON**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gorzowie Wlkp. reprezentowane przez Dyrektora, siedziba Administratora znajduje się na ul. J. Pankiewicza 5-7, 66-400 Gorzów Wlkp. tel. 957 330 458, e-mail: [pcpr@powiatgorzowski.pl](mailto:pcpr@powiatgorzowski.pl).
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl) lub pisemnie pod adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej finansowane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO ) w zw. z ustawą z dnia z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz akty wykonawcze wydane na jej podstawie, tj. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych, Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej. W zakresie zawieranych umów o charakterze cywilnoprawnym, podstawę przetwarzania danych osobowych dodatkowo stanowi art. 6 ust. 1 lit. b RODO.
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj.5 lat.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 6) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
  - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.
- 9) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa. Do odbiorców danych należą: operator pocztowy – Poczta Polska S.A., Bank obsługujący rachunki PCPR, osoby świadczące usługi księgowo na rzecz PCPR, osoby świadczące na rzecz PCPR pomoc prawną, operator poczty elektronicznej – Strefa.pl oraz dostawca usługi ePUAP – Minister Cyfryzacji z/s w Warszawie.