



Wniosek

, Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier w komunikowaniu się

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:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta	
ADRES ZAMIESZKANIA		
Nazwa pola		Wartość
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
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA**

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

<b>STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>	
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:**

### 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>WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<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>	

<b>OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW</b>
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

<b>FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH</b>
<input type="checkbox"/> 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. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - 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 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

Lp.	Plik

**UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

Lp.	Plik

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**

Lista

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej (*oryginał do wglądu*) oraz orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą,
2. aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności (*zaświadczenie stanowi załącznik do wniosku*),
3. fakturę pro-forma (wstępną) lub zaświadczenie/kosztorys wstępny od sprzedawcy o wartości planowanych do zakupu urządzeń/sprzętów,
4. opinię logopedy, psychologa lub pedagoga (jeśli dotyczy),
5. kopię orzeczenia poradni psychologiczno – pedagogicznej (jeśli dotyczy),
6. zaświadczenie o pobieraniu nauki lub przygotowania przedszkolnego (jeśli dotyczy),
7. kopię postanowienia Sądu dotyczącą pełnienia funkcji opiekuna prawnego lub pełnomocnictwa notarialnego (*oryginał do wglądu*),
8. Klauzulę informacyjną zgodną z RODO (druk stanowi załącznik do wniosku)
9. Uzasadnienie wniosku (druk w załączeniu)

**Procedury dotyczące przyznania dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się**

1. O dofinansowanie ze środków PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebą wynikającą z niepełnosprawności, a realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i podpisaniem umowy.
3. Wnioski przyjmowane są przez cały rok, a decyzje o przyznaniu lub odmowie dofinansowania przyznawane są po dokonaniu opinii przez komisję. Dofinansowanie zadania udzielane jest do momentu wyczerpania puli środków PFRON przyznanych na dany rok kalendarzowy.
4. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta pomiędzy Starostą a osobą niepełnosprawną lub jej przedstawicielem.
5. Rozliczenie umowy następuje na podstawie dostarczonych oryginałów faktur za zakupione urządzenia, sprzęty.





....., dnia .....

Stempel Zakładu Opieki Zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**wydane dla potrzeb PCPR w Sochaczewie w związku z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania**  
**w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się**

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

PESEL .....

**I. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu   | <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim   | <input type="checkbox"/> schorzenie układu oddechowego i krążenia |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku  | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe                    |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna   | <input type="checkbox"/> epilepsja                                |
| <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego   | <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego         |
| <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne  |   |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie).....  |   |
| <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe, powstałe przed 16 r.ż., z utrwalonymi zaburzeniami interakcji społecznych lub komunikacji werbalnej |   |

**II. Opis rodzaju schorzenia, będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności**

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

**III. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, używany sprzęt rehabilitacyjny**

.....  
.....

**IV. Uzasadnienie konieczności zakupu wnioskowanych przez pacjenta urządzeń/wyposażenia w związku z likwidacją barier w komunikowaniu się (bariery w komunikowaniu się – to bariery utrudniające lub/i uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji)**

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

.....  
data wystawienia

.....  
pieczętka i podpis lekarza

## Klauzula informacyjna zgodna z RODO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy-niepotrzebne skreślić)

.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

niezbędnych dla potrzeb realizacji procesu: **EWIDENCJA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH ZE ŚRODKÓW PFRON** zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. poz. 1000).

---

### Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

#### Informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych podanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 65 w Sochaczewie, kod pocztowy: 96-500, tel.46 864 18 01, adres email:pcprsoch@powiatsochaczew.pl
  2. Inspektorem Ochrony Danych jest: Paulina Klatt tel. 46 864 18 01 e-mail: [pcprsoch@powiatsochaczew.pl](mailto:pcprsoch@powiatsochaczew.pl)
  3. Celem zbierania danych jest **dofinansowanie do zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych**
- 
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
  5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji zadania określonego w pkt. 3. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwa realizacja w/w zadania.
  6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy przepisów prawa.
  7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
  8. Administrator danych nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
  9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych, rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. (Dz.U. nr 14 poz. 67 z późn. zm.), licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

Administrator danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sochaczewie

**Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sochaczewie**

**I. Ocena formalna wniosku:**

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

.....  
data

.....  
podpis

**II. Decyzja o przyznaniu dofinansowania**

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

.....  
data i podpis Dyrektora PCPR