

Wypełnia PCPR

Nr wniosku..... Data wpływu.....

WNIOSEK o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się

1. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek:

Imię	PESEL..... Seria i numer dok. tożsamości
Nazwisko
Adres zameldowania: Kod-..... Miejscowość	
ul.	
Adres zamieszkania: Kod-..... Miejscowość	
ul.	
Adres do korespondencji: Kod-..... Miejscowość	
ul.	
Telefon:.....	Adres e-mail
Nazwa banku.....	
Nr konta bankowego.....	

2. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika wnioskodawcy:

Imię	PESEL
Nazwisko	Seria i numer dok. tożsamości
Adres zamieszkania: Kod-..... Miejscowość	
ul.	
Telefon:.....	Adres e-mail
Nazwa banku	
Nr konta bankowego	
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu z dnia..... Sygn. Akt	
Pełnomocnik* – na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza	
z dnia Nr	

3. Posiadane orzeczenie (właściwe zaznaczyć)

1.	Znaczny/I grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/>	ważne do dnia
2.	Umiarkowany/II grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/>	ważne do dnia
3.	Lekki/III grupa inwalidzka/częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/>	ważne do dnia
4.	Orzeczenie o niepełnosprawności (osoby w wieku do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	ważne do dnia
5.	Orzeczenie o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przed 01.01.1998	<input type="checkbox"/>	ważne do dnia
6.	Orzeczenie o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed 01.01.1998	<input type="checkbox"/>	ważne do dnia
7.	Orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/>	ważne do dnia

4. Rodzaj niepełnosprawności (właściwe zaznaczyć)

1.	Dysfunkcja narządu ruchu	
	Wnioskodawca porusza się na wózku inwalidzkim	<input type="checkbox"/>
	Wnioskodawca porusza się o kulach	<input type="checkbox"/>
	Wnioskodawca porusza się przy balkoniku	<input type="checkbox"/>
	Wrodzony brak lub amputacja nogi/nóg, dłoni lub ręki/rąk	<input type="checkbox"/>
	Inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?)	<input type="checkbox"/>
2.	Dysfunkcja narządu wzroku (jaka?)	<input type="checkbox"/>
3.	Dysfunkcja narządu słuchu/mowy (jaka?)	<input type="checkbox"/>
4.	Inna niepełnosprawność (jaka?)	<input type="checkbox"/>

5. Sytuacja zawodowa (właściwe zaznaczyć)

1.	Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/>
2.	Osoba w wieku 18 – 24 lat, ucząca się	<input type="checkbox"/>
3.	Osoba bezrobotna poszukująca pracy	<input type="checkbox"/>
4.	Emeryt/rencista	<input type="checkbox"/>
5.	Osoba w wieku do 18 roku życia	<input type="checkbox"/>
6.	Inne (jakie)	<input type="checkbox"/>

6. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym:

Wpisać stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Stopień niepełnosprawności (w przypadku posiadania)	Rodzaj/symbol niepełnosprawności

- przewidywany koszt realizacji zadania, wykaz planowanych zakupów

L.p.	Nazwa sprzętu/urządzenia	Łączny koszt brutto
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
WARTOŚĆ CAŁKOWITA		
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania		(max. do 95% wartości całkowitej)

9. Udokumentowana informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł na ten sam cel:

10. 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

11. Oświadczam, że

1. przeciętny miesięczny dochód o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1518 z późn. zm.) w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił, zł,
2. liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi,
3. informacje zawarte w wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości że, podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
4. w ciągu ostatnich 3 lat byłem/am stroną umowy zawartej ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:
tak nie
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania tak nie

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika

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*).

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)..... | |
- 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

Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sochaczewie

I. Ocena formalna wniosku:

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

.....
data

.....
podpis

II. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
data i podpis Dyrektora PCPR

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
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