

...../  
numer kolejny wniosku

.....  
data wpływu wniosku

# W N I O S E K

## **o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się uzasadnionych potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności**

### **A. Dane dotyczące Wnioskodawcy –** dotyczy osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko.....syn/córka.....

Dowód osobisty: seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....

Nr PESEL..... Nr telefonu.....

Adres zamieszkania : Nr kodu.....Gmina.....

Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego ( w przypadku posiadania ).....

**Cel dofinansowania zadania** (podać nazwę urządzenia / sprzętu / przedmiotu / lub innej potrzeby  
wynikającej z niepełnosprawności - montaż / rodzaj usługi / rodzaj potrzeby )

### **B. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

#### **I. Stopień niepełnosprawności \***

1.	Znaczny	
	Inwalidzi I grupy	
	Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
	Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
	Osoby w wieku do 16 lat	
2.	Umiarkowany	
	Inwalidzi II grupy	
	Osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
	Inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3.	Lekki	
	Pozostali inwalidzi III grupy	
	Osoby częściowo niezdolne do pracy	
	Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

## II. Rodzaj niepełnosprawności \*

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

## III. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy\*

1.	Zatrudniony */ prowadzący działalność gospodarczą*	
2.	Osoba w wieku od 18 lat do 24, 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 18 roku życia	

## IV. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje\*

1.	Zamieszkuje samotnie	
2.	Zamieszkuje z rodziną	
3.	Zamieszkuje z osobami nie spokrewnionymi	

- - wstawić x we właściwej rubryce

## C. Koszt realizacji zadania

Koszt ogólny sprzętu: ( <b>100% wartości</b> ) .....	Deklarowane własne środki: ( <b>min 5 % wartości</b> ) .....
Inne źródła finansowania udokumentowane: ..... .....	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: (max 95 % wartości)</b> .....zł.	
Kwota słownie:.....zł.	

Oświadczam, że 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 PFRON kwotą dofinansowania.

**I. Krótkie uzasadnienie składanego wniosku / cel działań: aktywizacja zawodowa lub społeczna,** która będzie zrealizowana dzięki pomocy udzielonej w ramach dofinansowania:

- cel likwidacji barier w komunikowaniu się
- miejsce realizacji zadania, czy posiada już taki sprzęt,

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**II. Przewidywany koszt realizacji zadania**

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania i orientacyjny koszt

Lp.	N a z w a	Orientacyjny koszt
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
Łącznie koszt zadania (100 %)		
<b>Łącznie kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON ( max do 95% )</b>		

### III. OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, że **średni miesięczny dochód rodziny**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku:**

wynosił.....zł

słownie: .....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....

### IV. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie z PFRON				TAK	NIE
Nr umowy i data zawarcia	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	
Razem:		Razem kwota rozliczona			

Oświadczam, że składam świadoma/y odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z prawdą.

Oświadczam, że posiadam środki finansowe jako udział własny w wysokości min 5% wartości wnioskowanego zadania.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....  
Podpis wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,  
Opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*,

**\*-podkreślić odpowiednio**

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny, lub pełnomocnik

Imię i nazwisko.....

Dowód osobisty: seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....

Nr PESEL.....Nr NIP.....Nr telefonu.....

.Adres zamieszkania stałego: Nr kodu.....Gmina.....

Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego.....

### **Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności wnioskodawcy.
2. Aktualne zaświadczenie lekarza, zawierające informację o rodzaju posiadanej niepełnosprawności, i uzasadnienie indywidualnej potrzeby posiadania wnioskowanego urządzenia / sprzętu / wyposażenia, oraz cel jakiemu ma służyć - druk w załączeniu.
3. Oferty cenowe.
4. Zaświadczenie z urzędu pracy potwierdzające status osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy.
5. Inne dokumenty - wymagane przy rozpatrywaniu wniosku, takie jak:
  - zaświadczenie ( opinia ) psychologa z poradni psychologiczno-pedagogicznej,
  - zaświadczenie ( opinia ) pedagoga szkolnego, wychowawcy ( szkoły ) uzasadniające dofinansowanie .
6. Zaświadczenie ze szkoły, uczelni potwierdzające statut ucznia, studenta ( w przypadku takich osób).
7. Zaświadczenie o zameldowaniu.
8. Inne dokumenty uzupełniające, wymagane w trakcie rozpatrywania wniosku.

**Załącznik nr 1**

do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON  
likwidacji barier w komunikowaniu się, uzasadnione  
potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności

data.....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

*Wydane dla potrzeb PFRON  
w celu dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się*

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub  
orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące.....

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualnie potrzeby  
w tym zakresie.....

5. Pacjent może/ nie może poruszać się na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym  
uzasadnienie innej potrzeby.....

6. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe);

- narząd ruchu, w zakresie.....
- brak obu kończyn górnych
- znaczny niedowład obu kończyn górnych
- jednoczesnej dysfunkcji kończyny dolnej i górnej
- jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych
- jednoczesnej dysfunkcji kończyn górnych i dolnych
- inne schorzenie

7. Uzasadnienie indywidualnej potrzeby / cel jakiemu ma służyć wnioskowane  
urządzenie, sprzęt, wyposażenia – **podać nazwę urządzenia/sprzętu/przedmiotu**

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

.....  
**pieczętka i podpis lekarza**

Zgodnie z § 6 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926) – o dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art.13 ust. 1, 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 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE L z 2016 r. Nr 119, s.1) - dalej RODO, informujemy, że:

1. **Administratorem Pani/Pana danych osobowych** jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Opolu przy ul. Książąt Opolskich 27 w 45 – 005 Opole tel. 77 4420504 Fax 774410505; e-mail: [pcpropole@wp.pl](mailto:pcpropole@wp.pl), zwany dalej Administratorem.
2. **Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony danych Osobowych**, z którym można skontaktować się w sprawach związanych z ochroną swoich danych osobowych:  
- adres poczty elektronicznej: e-mail: [krzysztofalex@o2.pl](mailto:krzysztofalex@o2.pl) lub pisemnie na adres naszej siedziby.
3. **Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu** realizacji przez Administratora zadań publicznych, wynikających wprost z przepisu prawa, w tym przepisów szczegółowych określających zadania statutowe - **na podstawie art. 6 ust 1 e** ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. – RODO.
4. **Odbiorcą Pani/Pana danych będą:**  
- organy uprawnione do dostępu do danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
5. **Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.**
6. **Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane** przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane i przetwarzane. Mogą być usunięte po upływie okresu określonego dla danej kategorii dokumentacji okresu przechowywania, w zależności od kategorii archiwalnej danej sprawy, zgodnie z przepisami określonymi w ustawie z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2018 r., poz. 217) oraz w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U. z 2011 r. Nr 14 poz.67).
7. **W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu** prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo do sprostowania usunięcia (prawo do bycia zapomnianym), ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych do innego administratora, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.  
W przypadku przetwarzania Pani/Pana danych na podstawie zgody, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody w dowolnym momencie nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. **Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi** do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne**, lecz niezbędne w celu realizacji zadań wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.  
W przypadku nie podania przez Panią/Pana swoich danych osobowych, nie będziemy mogli zrealizować celu zadania ustawowego, co może skutkować konsekwencjami przewidzianymi przepisami prawa.
10. **Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.**

.....  
(podpis osoby reprezentującej  
Administradora Danych Osobowych)

**Zapoznałam/em się:**

.....  
(data, podpis osoby, której dane dotyczą)