

Wniosek złożono do PCPR w Makowie Mazowieckim w dniu:	Numer sprawy:

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

1. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY – OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O DOFINANSOWANIE
(Osobą wnioskującą o dofinansowanie jest pełnoletnia osoba niepełnosprawna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej, przedstawiciel ustawowy małoletniego, pełnomocnik osoby niepełnosprawnej)

Nazwisko i imiona

Data urodzenia r. PESEL ____ - ____ - ____

Forma reprezentowania osoby niepełnosprawnej (zaznaczyć właściwe, jeśli dotyczy):

przedstawiciel ustawowy

opiekun prawny - Postanowienie Sądu Rejonowego w z dnia
 Sygn. akt

pełnomocnik - na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza z dnia
 repet. Nr

DOWÓD OSOBISTY seria i numer wydany w dniu r.
 przez ważny do dnia r.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA <i>(miejscowość, w której Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego Wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe)</i>	ADRES ZAMELDOWANIA <i>(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)</i>
miejscowość	miejscowość
kod pocztowy ____ - ____ poczta	kod pocztowy ____ - ____ poczta
ulica	ulica
nr domu nr lokalu	nr domu nr lokalu
powiat	powiat

ADRES KORESPONDECYJNY *(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)*

KONTAKT TELEFONICZNY

2. DANE PERSONALNE ADRESATA POMOCY - OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, DLA KTÓREJ PRZEZNACZONA JEST POMOC
(należy wypełnić, jeśli jest to inna osoba niż Wnioskodawca wskazany wyżej, np. dziecko, osoba ubezwłasnowolniona, osoba niepełnosprawna działająca przez pełnomocnika)

Nazwisko i imiona

Data urodzenia r. PESEL ____ - ____ - ____

DOWÓD OSOBISTY seria i numer wydany w dniu r.
 przez ważny do dnia r.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA <i>(miejscowość, w której Adresat pomocy przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem jego życia codziennego Adresata pomocy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe)</i>	ADRES ZAMELDOWANIA <i>(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)</i>
miejscowość	miejscowość
kod pocztowy ____ - ____ poczta	kod pocztowy ____ - ____ poczta
ulica	ulica
nr domu nr lokalu powiat	nr domu nr lokalu powiat

3. STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*	
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	Orzeczenie ważne: <input type="checkbox"/> okresowo do r. <input type="checkbox"/> bezterminowo
<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka	
<input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności	
<input type="checkbox"/> niepełnosprawność dziecka przed 16 rokiem życia	Orzeczenie ważne do r.

4. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim <input type="checkbox"/> wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk <input type="checkbox"/> inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka ?)..... <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządów słuchu i mowy <input type="checkbox"/> deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) <input type="checkbox"/> zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe <input type="checkbox"/> niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

5. SYTUACJA RODZINNA*
<input type="checkbox"/> osoba samotna <input type="checkbox"/> osoba zamieszkująca z rodziną i/lub osobami niespokrewnionymi

6. SYTUACJA ZAWODOWA *
<input type="checkbox"/> osoba pracująca, <input type="checkbox"/> bezrobotny, poszukujący pracy <input type="checkbox"/> rencista, emeryt nie zainteresowany podjęciem zatrudnienia <input type="checkbox"/> osoba w wieku od 18 do 24 roku życia ucząca się w systemie szkolnym lub studująca i niepracująca <input type="checkbox"/> osoba w wieku do 18 roku życia

7. KORZYSTANIE PRZEZ NIEPEŁNOSPRAWNEGO WNIOSKODAWCĘ LUB ADRESATA POMOCY ZE ŚRODKÓW PFRON					
Czy niepełnosprawny Wnioskodawca lub Adresat pomocy w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie korzystał ze środków PFRON (w tym będących w dyspozycji PCPR)?* Jeśli tak, proszę wpisać poniżej.					<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc	Przedmiot dofinansowania (na co udzielono dofinansowania)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez inst. udzielającą pomocy (w zł)

Czy niepełnosprawny Wnioskodawca lub Adresat pomocy posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON?*

TAK NIE

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Uwaga! Przez „wymagalne zobowiązania” należy rozumieć zobowiązania, których termin zapłaty minął, a które nie zostały przedawnione, ani umorzone.

8. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

.....

9. POSIADANIE PRZEZ OSOBĘ NIEPEŁNOSPRAWNĄ PODOBNEGO SPRZĘTU

Czy niepełnosprawny Wnioskodawca lub Adresat pomocy posiada już podobny sprzęt, jak ten będący przedmiotem dofinansowania?*

TAK NIE

Jeśli tak, to proszę podać rok nabycia tego sprzętu

10. PRZEWIDYWANY KOSZT CAŁKOWITY PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA

..... zł
 Słownie złotych

11. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

..... zł
 Słownie złotych

12. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WYSOKOŚCI UDZIAŁU WŁASNEGO*

Oświadczam, że zapewnię środki finansowe (własne, sponsora lub z innych źródeł niż PFRON) na pokrycie udziału własnego w wymaganej wysokości, uzupełniającej przyznane przez PCPR dofinansowanie, wystarczającej na pełną realizację zadania

TAK NIE

13. UZASADNIENIE WNIOSKU

(należy uzasadnić wniosek w odniesieniu do celu likwidacji barier w komunikowaniu się oraz wpływu likwidacji ww. barier na zmniejszenie lub ograniczenie skutków niepełnosprawności)

.....

* WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ

Oświadczam, że :

- 1) niezwłocznie poinformuję PCPR o zmianach zaistniałych w mojej sytuacji życiowej, mających wpływ na przyznanie dofinansowania,
- 2) w myśl art. 6 ust.1 lit a) RODO wyrażam / nie wyrażam* zgodę na przetwarzanie moich danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez administratora danych, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Makowie Mazowieckim, adres: ul. Duńskiego Czerwonego Krzyża 3, 06-200 Maków Mazowiecki, w celu kontaktu telefonicznego. Zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie,
- 3) dane zawarte we wniosku i w załącznikach do tego wnioski są zgodne ze stanem faktycznym oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, skutkuje nierozpatrzeniem wniosku. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Makowie Mazowieckim, adres: ul. Duńskiego Czerwonego Krzyża 3, 06-200 Maków Mazowiecki;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: pcp_r_makowmazowiecki@interia.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe w celu związanym z rozpatrzeniem i realizacją wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych. Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości rozpatrzenia wniosku się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe”.

DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY

