

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

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

1. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY – OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O DOFINANSOWANIE <i>(Osobą wnioskującą o dofinansowanie jest pełnoletnia osoba niepełnosprawna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej, przedstawiciel ustawowy małoletniego, pełnomocnik osoby niepełnosprawnej)</i>	
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 kod pocztowy ____ - ____ poczta ulica nr domu nr lokalu powiat	miejscowość kod pocztowy ____ - ____ poczta ulica nr domu nr lokalu powiat
ADRES KORESPONDECYJNY <i>(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)</i>	
KONTAKT TELEFONICZNY	

2. DANE PERSONALNE ADRESATA POMOCY - OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, DLA KTÓREJ PRZEZNACZONA JEST POMOC <i>(należy wypełnić, jeśli jest to inna osoba niż Wnioskodawca wskazany wyżej, np. dziecko, osoba ubezwłasnowolniona, osoba niepełnosprawna działająca przez pełnomocnika)</i>	
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 kod pocztowy ____ - ____ poczta ulica nr domu nr lokalu powiat	miejscowość kod pocztowy ____ - ____ poczta ulica nr domu nr lokalu powiat

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

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

5. SYTUACJA RODZINNA*
☐ osoba samotna ☐ osoba zamieszkująca z rodziną i/lub osobami niespokrewnionymi

6. SYTUACJA ZAWODOWA *
☐ osoba pracująca, ☐ bezrobotny, poszukujący pracy ☐ rencista, emeryt nie zainteresowany podjęciem zatrudnienia ☐ osoba w wieku od 18 do 24 roku życia ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca i niepracująca ☐ 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.					☐ TAK ☐ 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

..... zł Słownie złotych
--

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 technicznych 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 wniosku 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: pcpr_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

WYPEŁNIA PRACOWNIK PCPR

14. WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	ZAŁĄCZONO TAK/NIE	UZUPEŁNIONO DNIA	UWAGI
Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności, lub orzeczenia równoważnego (<i>oryginał do wglądu</i>);			
Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności, lub orzeczenia równoważnego osób niepełnosprawnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z niepełnosprawnym Wnioskodawcą lub Adresatem pomocy (<i>oryginał do wglądu</i>);			
Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności ze wskazaniem do likwidacji barier technicznych (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i>);			
Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu przypadającego na jedną osobę w gospodarstwie domowym niepełnosprawnego Wnioskodawcy lub Adresata pomocy (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku</i>);			
Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy zarejestrowanego w PUP;			
W przypadku gdy wniosek dotyczy potrzeb osoby pracującej lub prowadzącej własną działalność gospodarczą – odpowiednio aktualne zaświadczenie z miejsca pracy potwierdzające zatrudnienie lub dokument potwierdzający wpis z Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG);			
W przypadku gdy wniosek dotyczy potrzeb osoby niepełnosprawnej uczącej się lub studiującej - aktualne zaświadczenie ze szkoły lub uczelni o kontynuowaniu nauki;			
Szczegółowa oferta cenowa lub faktura proforma wnioskowanego przedmiotu dofinansowania w ramach likwidacji barier technicznych;			
W przypadku, gdy Adresat pomocy działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego - kserokopia odpowiednio uwierzytelnionego pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (<i>oryginał do wglądu</i>);			
W przypadku ubiegania się o dofinansowanie wykonania instalacji ogrzewania z własnym źródłem ciepła - udokumentowana podstawa prawna zameldowania niepełnosprawnego Wnioskodawcy lub Adresata pomocy w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier technicznych – zaświadczeni o zameldowaniu (<i>ważne 3 m-c od daty wystawienia</i>)			
W przypadku ubiegania się o dofinansowanie wykonania instalacji ogrzewania z własnym źródłem ciepła - kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego tytuł prawny niepełnosprawnego Wnioskodawcy lub Adresata pomocy do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier technicznych np. wypis z księgi wieczystej, akt własności, umowa najmu (<i>ważne 3 m-c od daty wystawienia lub uwierzytelnienia - oryginał do wglądu</i>);			
W przypadku, gdy lokal jest własnością innej osoby należy dostarczyć pisemną zgodą właściciela budynku/lokalu na wykonanie prac we wnioskowanym zakresie;			
Atest, certyfikat lub deklaracja zgodności przedmiotu dofinansowania z normami unijnymi (w języku polskim)			
Inne dokumenty uzasadniające zakup przedmiotu dofinansowania w ramach likwidacji barier technicznych			

15. ADNOTACJE PRACOWNIKA PCPR - OPINIA ZASADNOŚCI PRYZYNIANIA DOFINANSOWANIA

Data i podpis pracownika PCPR