

Nr sprawy RN.611/...../  
(wypełnia PCPR)

Data wpływu wniosku do PCPR .....

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się.

#### Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

Imię/imiona/ i nazwisko:.....

Nr PESEL .....

Adres - miejscowość ..... nr kodu..... - ..... poczta .....

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

nr tel.....

#### Dane przedstawiciela ustawowego-dla małoletniego Wnioskodawcy, opiekuna, pełnomocnika:

Imię/imiona/ i nazwisko:.....

Nr PESEL .....

Adres - miejscowość ..... nr kodu..... - ..... poczta .....

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

nr tel.....

**opiekun\*\*** - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....

sygnatura akt.....

**pełnomocnik\*\*** - na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza:.....

.....dnia.....nr repertorium.....

\*w przypadku gdy wnioskodawcą jest dziecko – skreślić

\*\*niepotrzebne skreślić

**I.A. Stopień niepełnosprawności /wypełnić zgodnie z posiadany orzeczeniem/<sup>(1)</sup>**

1a	znaczny	
1b	inwalidzi I grupy	
1c	osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
1d	osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
1e	osoby w wieku do lat 16, które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności	
2a	umiarkowany	
2b	inwalidzi II grupy	
2c	osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3a	lekki	
3b	inwalidzi III grupy	
3c	osoby częściowo niezdolne do pracy	
3d	osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

**I.B. Rodzaj niepełnosprawności <sup>(2)</sup>**

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	
<b>punktacja / wypełnia PCPR/</b>		

<sup>(1)</sup>wstawić X we właściwej rubryce (tylko w jednej)

<sup>(2)</sup>wstawić X we właściwych rubrykach zgodnie z dołączonym do wniosku zaświadczeniem lekarskim

\*niepotrzebne skreślić

**II. Planowany termin zakupu:.....**

III. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów, montażu, usług) w celu likwidacji barier w komunikowaniu się	orientacyjny koszt
<b>RAZEM:</b>	

**IV. Wysokość dofinansowania:**

1.	deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania	%
2.	deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%
3.	oczekiwany % dofinansowania ze środków PFRON	%
<b>Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania w zł:</b>		
<b>słownie:</b>		
<b>punktacja / wypełnia PCPR/</b>		

**V. Środki finansowe dotychczas uzyskane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych\***

Korzystałem z w/w środków  Nie korzystałem z w/w środków

	Na jaki cel	w wysokości	w roku
1.	na likwidację barier*: <input type="checkbox"/> architektonicznych <input type="checkbox"/> techniczne <input type="checkbox"/> w komunikowaniu się		
2.	korzystałem na inne cele ustawowe - jakie: ..... ..... ..... .....		
3.	Z obowiązków wynikających z umów zawartych w celu uzyskania w/w środków*: <input type="checkbox"/> rozliczyłem się <input type="checkbox"/> jestem w trakcie rozliczenia <input type="checkbox"/> nie rozliczyłem się		
<b>punktacja / wypełnia PCPR/</b>			

\*proszę wstawić X we właściwej rubryce

\*\* niepotrzebne skreślić

**VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą**

Lp.	Imię i nazwisko	pokrewieństwo <sup>(1)</sup>	data urodzenia	stopień niepełnosprawności <sup>(2)</sup>	rodzaj niepełnosprawności <sup>(3)</sup>	źródło dochodu
1.	Wnioskodawca	-		-		
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD NA JEDNEGO CZŁONKA RODZINY (zgodnie z załącznikiem nr 1):						

<b>łącna punktacja za stopień i rodzaj niepełnosprawności osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym – /</b> wypełnia PCPR/	
<b>punktacja za średni dochód na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy – /</b> wypełnia PCPR/	
<b>punktacja za zamieszkiwanie: samotnie, z rodziną, z osobami nie spokrewnionymi – /</b> wypełnia PCPR/	

<sup>(1)</sup> w stosunku do wnioskodawcy

<sup>(2)</sup> wpisać jedno z oznaczeń (od 1a do 3d) korzystając z tabeli I.A. ze strony 2 wniosku – zgodnie z posiadany orzeczeniem

<sup>(3)</sup> wpisać oznaczenia (od 1 do 6) korzystając z tabeli I.B.- zgodnie z dołączonym do wniosku zaświadczeniem lekarskim

**VII. Przewidywany efekt likwidacji barier dla wnioskodawcy i innych osób niepełnosprawnych z nim zamieszkałych**

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

„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 (art.233§1 k.k. – Ustawa z dn. 6 czerwca 1997 – Dz. U. z 2021 r. poz. 2345.)

Uprzedzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym oraz, że warunki wcześniej zawartych umów uprawniających do korzystania ze środków PFRON zostały dotrzymane. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Zobowiązuje się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem\*\*/ kosztem wykonania usługi\*\*, a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

.....  
(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,  
opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*)

<b>Suma uzyskanych punktów: / wypełnia PCPR/</b>	
--	--

<b>Załączniki do wniosku: / wypełnia PCPR/</b>	<b>data wpływu:</b>
1.Kopia orzeczenia stopniu niepełnosprawności lub o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573)	
2.Kopia ww. orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.	
3.Aktualne zaświadczenie lekarskie (załącznik nr 2) oddzielnie dla każdego członka rodziny zaliczającego się do osób niepełnosprawnych.	
4.Oświadczenie o przeciętnym miesięcznym dochodzie na jednego członka rodziny (załącznik nr 1)	
5. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych (załącznik nr 3)	
6.	
7.	
8.	

### **Wypełnia PCPR**

**Opinia merytoryczna dotycząca poprawności rozwiązań technicznych i kosztów likwidacji barier.....**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(data i podpis)

### **Decyzja o przyznaniu dofinansowania**

.....

.....

.....

.....  
(data i podpis)

**Załącznik nr 1****Oświadczenie**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód na jednego członka rodziny pozostającej ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za rok podatkowy ..... wyniósł ..... zł

„ Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 ” ( art. 233 § 1 k.k. – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Dz. U. z 2021 r. poz. 2345.)

Upředzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Chodzież, dnia. ....

.....  
( podpis wnioskodawcy )

**Uwaga !**

*Przeciętny miesięczny dochód na osobę w rodzinie ustala się dzieląc łączną kwotę dochodów uzyskanych przez członków rodziny w roku kalendarzowym poprzedzającym okres złożenia wniosku, pomniejszoną o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, przez liczbę dwanaście oraz przez liczbę osób w rodzinie.*

**Załącznik nr 2**

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Chodzież, dnia .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Nazwisko i imię .....

adres .....

**Na podstawie analizy dokumentacji medycznej oraz oceny stanu zdrowia stwierdzam występowanie u w/w Pacjenta następujących dysfunkcji: \***

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak bądź też amputacja dłoni lub rąk	
inna dysfunkcja narządu ruchu	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
deficyt rozwojowy ( upośledzenie umysłowe )	
niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia**	

Uzasadnienie konieczności zakupu urządzenia bądź wykonania usługi, których dotyczy

dofinansowanie:.....

.....

.....

.....

.....

**Zaświadczenie wydaje się w celu złożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Chodzieży w związku z ubieganiem się w/w o dofinansowanie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się.**

.....

Pieczęć i podpis lekarza

\* należy wstawić znak X w wolnym polu obok każdej z występujących dysfunkcji

\*\* należy zaznaczyć jedynie w przypadku nie zaliczenia pacjenta do żadnej z czterech w/w grup dysfunkcji



## Załącznik nr 3

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH  
DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH  
W ZWIĄZKU ZE ZŁOŻENIEM WNIOSKU  
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON**

Na podstawie art. 13 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) zwanym dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Chodzieży, ul. Wiosny Ludów 14 A, kod pocztowy 64-800 Chodzież, e-mail: [pcprchodziej@idsl.pl](mailto:pcprchodziej@idsl.pl), tel. 067 2811750.
2. Przedstawicielem administratora danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, Pani Magdalena Kacprzak, ul. Wiosny Ludów 14 A, e-mail: [pcprchodziej@idsl.pl](mailto:pcprchodziej@idsl.pl), tel. 067 2811750.
3. W PCPR w Chodzieży został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych poprzez adres e-mail: [pcprchodziej@idsl.pl](mailto:pcprchodziej@idsl.pl) lub listownie pod adresem Administratora.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych, technicznych, w komunikowaniu się, turnusu rehabilitacyjnego, do organizacji sportu, kultury, turystyki i rekreacji osób niepełnosprawnych, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny, tłumacza migowego i przewodnika na podstawie art. 35a ust. 1 pkt 7 Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021, poz. 573) oraz § 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 z późn. zm.),
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w zw. z art. 35a ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (realizacja obowiązku prawnego ciężącego na administratorze)
6. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres, niezbędny do realizacji celu przetwarzania i przechowywane zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem realizacji celów, a ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości wykonania zadań oraz obowiązków prawnych ciężących na administratorze.
8. Państwa dane będą przekazywane:
  - podmiotom świadczącym asystę i wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych w których są przetwarzane Pani/Pana dane oraz kancelariom prawnym w razie wystąpienia roszczeń;
  - **Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, telefon: 22 50 55 500 oraz podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa.
9. Posiada Pani/Pan prawo
  - dostępu do treści danych osobowych, w tym uzyskania kopii danych;
  - do żądania sprostowania lub uzupełnienia danych osobowych;
  - do żądania usunięcia danych osobowych w przypadkach przewidzianych prawem,
  - do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - do żądania przenoszenia danych;
  - do wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, w przypadku przetwarzania danych na podstawie prawnie uzasadnionego interesu;
10. Posiadają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych przy ul. Stawki 2 00-193 Warszawa, jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.
11. Państwa dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
12. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej

Zapoznałam/em się w informacjami i pouczeniem zawartymi w niniejszej klauzuli.  
Przedmiotowe informacje są dla mnie zrozumiałe.

.....  
data i podpis wnioskodawcy / strony