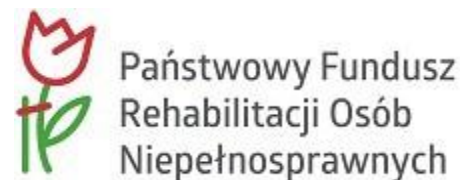


Data wpływu:

Nr sprawy:



WNIOSEK

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

| ROLA WNIOSKODAWCY | |
|-------------------------------------|---|
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| Wnioskodawca składa wniosek: | <input type="checkbox"/> We własnym imieniu <input type="checkbox"/> Jako rodzic <input type="checkbox"/> Jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie |
| Postanowieniem Sądu: | |
| Z dnia: | |
| Sygnatura akt: | |
| Imię i nazwisko notariusza: | |
| Repertorium nr: | |
| Zakres pełnomocnictwa: | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne |

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Wartość |
|-----------------|---|
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola | Wartość |
|----------------------|--|
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola | Wartość |
|--------------|---------|
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Miejscowość: | |

| | |
|----------------------|--|
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

| Nazwa pola | Wartość |
|------------------------|---|
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

| Nazwa pola | Wartość |
|-----------------------------|--|
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola | Wartość |
|---|--|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Stopień niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest: | <input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: |
| Numer orzeczenia: | |
| Grupa inwalidzka: | <input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Niezdolność: | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| Rodzaj niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |

| | |
|---|--|
| <p>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</p> | <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> |
| <p>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</p> | <p><input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny</p> |

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

w tym liczba osób niepełnosprawnych:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

nie korzystałem

korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------|
| | | | | |

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

| PRZEDMIOT WNIOSKU | |
|---|---------|
| Nazwa pola | Wartość |
| Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania: | |
| Przewidywany koszt realizacji zadania (100%): | |
| Słownie: | |
| Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: | |
| Słownie: | |
| co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania: | |
| Deklarowane środki własne: | |
| Inne źródła finansowania: | |
| Cel dofinansowania i uzasadnienie: | |

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

| Nazwa pola | Wartość |
|--|---------|
| Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier: | |
| Miejsce realizacji zadania: | |
| Termin rozpoczęcia: | |
| Przewidywany czas realizacji: | |

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola | Wartość |
|--|---------|
| Właściciel konta (imię i nazwisko): | |
| Nazwa banku: | |
| Nr rachunku bankowego: | |

W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

| Nazwa pola | Wartość |
|--|--|
| Budynek: | <input type="checkbox"/> dom jednorodzinny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy |
| Ilość pięter: | <input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> piętrowy, <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?): |
| Przybliżony wiek budynku lub rok budowy: | |
| Liczba pokoi: | <input type="checkbox"/> + kuchnia, <input type="checkbox"/> + łazienka, <input type="checkbox"/> + wc |
| Łazienka jest wyposażona w: | <input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> brodzik, <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową, <input type="checkbox"/> umywalkę |
| W mieszkaniu jest: | <input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej, <input type="checkbox"/> ciepłej, <input type="checkbox"/> kanalizacja, <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie, <input type="checkbox"/> prąd, <input type="checkbox"/> gaz |
| Inne informacje o warunkach mieszkaniowych: | |

SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dzieci i młodzież do lat 18
- Inne / jakie?

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam że zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO

KLAUZULA INFORMACYJNA

do wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON na zadania z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 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, (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), zwanego jako „RODO” udostępniam klauzulę informacyjną:

| | |
|---|---|
| <p>Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lipnie. Możesz się z nim kontaktować w następujący sposób: listownie na adres siedziby: ul. Mickiewicza 58, 87-600 Lipno e-mail: centrum@pcprlipno.pl, tel. 54-306 61 06.</p> | <p>Do kontaktów w sprawie ochrony Pani/Pana danych osobowych został także powołany inspektor ochrony danych, z którym możesz się kontaktować wysyłając e-mail na adres: iod@pcprlipno.pl.</p> |
|---|---|

1. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:

- 1) art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu wykonania obowiązków prawnych ciążących na administratorze wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 2) art. 9 ust. 2 lit. b RODO w celu wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej;
- 3) art. 9 ust. 2 lit. c RODO gdy przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej, a osoba, której dane dotyczą, jest fizycznie lub prawnie niezdolna do wyrażenia zgody;
- 4) art. 9 ust. 2 lit. g, gdy przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym;
- 5) art. 6 ust. lit. b RODO w celu zawarcia i wykonania umowy;

- 6) art. 6 ust. 1 lit. d RODO, kiedy przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, np.: kiedy osoba nie może sama podjąć działania, a w jej dobrze pojętym interesie konieczne jest przetwarzanie jej danych lub kiedy nie wie, że jest do czegoś uprawniona;
- 7) art. 6 ust. 1 lit. e RODO, kiedy dane są niezbędne do wykonywania zadań realizowanym przez administratora w interesie publicznym. Przetwarzanie danych osobowych, jednakże musi mieć tu także swoje oparcie w ustawach na podstawie, których działa administrator,
- 8) art. 6 ust. 1 lit. a RODO tj. zgody. Zgoda jest wymagana, gdy uprawnienie do przetwarzania danych osobowych nie wynika wprost z przepisów prawa, a przekaże Pan/Pani administratorowi z własnej inicjatywy więcej danych niż jest to konieczne dla załatwienia sprawy (tzw. działanie wyraźnie potwierdzające) np. podanie nr telefonu, adresu e-mail i inne.

2. Pani/Pana dane osobowe administrator może ujawniać odbiorcom, którymi są m.in.: podmioty świadczące usługi telekomunikacyjne, pocztowe, radcowie prawni, podmioty kontrolujące administratora oraz inne podmioty uprawnione do uzyskania Pani/Pana danych osobowych, ale wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów. Pani/Pana dane osobowe także będą ujawnione pracownikom i współpracownikom administratora w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nich obowiązków. Dane także będą ujawnione pracownikom i współpracownikom administratora w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nich obowiązków. Pani/Pana dane osobowe możemy także przekazywać podmiotom, które przetwarzają je na zlecenie administratora tzw. podmiotom przetwarzającym, są nimi np.: podmioty świadczące usługi informatyczne oraz inne wykonujące wyspecjalizowane usługi, jednakże przekazanie Pani/Pana danych nastąpić może tylko wtedy, gdy zapewnią one odpowiednią ochronę Pani/Pana praw.

3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą do czasu istnienia podstawy do ich przetwarzania, w tym również przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji i tak:

- 1) od 5 do 10 lat od dnia wykonania ostatniej czynności związanej z przetwarzaniem danych osobowych, w zależności jednak tego czego dotyczyła czynność np.: decyzje, postanowienia, rozpatrzenie skargi, dokumentacja finansowa, wykonywanie umów i inne;
- 2) do przedawnienia roszczeń;
- 3) w zakresie danych, gdzie wyraził Pan/Pani zgodę na ich przetwarzanie, do czasu cofnięcia zgody, nie dłużej jednak niż do czasu, do czasu wskazanego w ppkt. 1.

4. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora ma Pan/Pani prawo do:

- 1) dostępu do treści danych na podstawie art. 15 RODO;
- 2) sprostowania danych na podstawie art. 16 RODO;
- 3) usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO, jeżeli:
 - a) wycofa Pan/Pani zgodę na przetwarzanie danych osobowych,
 - b) dane osobowe przestaną być niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w których były przetwarzane,
 - c) dane są przetwarzane niezgodnie z prawem;
- 4) ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 RODO, jeżeli:
 - a) osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
 - b) przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych osobowych, żądając w zamian ograniczenia ich wykorzystywania,
 - c) administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń,
 - d) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania – do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą,
 - e) wystąpienie z żądaniem, o którym mowa w art. 18 ust. 1 RODO, nie wpływa na tok i wynik postępowania;
- 5) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie art. 21 RODO, wobec przetwarzania danych osobowych opartego na art. 6 ust. 1 lit. e RODO;
- 6) cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie wpływa na przetwarzanie danych dokonywane przez administratora przed jej cofnięciem.

5. Podanie Pana/Pani danych:

- 1) jest wymogiem ustawy na podstawie, których działa administrator. Jeżeli odmówi Pan/Pani podania swoich danych lub poda Pan/Pani nieprawidłowe dane, administrator nie będzie mógł zrealizować celu do jakiego zobowiązują go przepisy prawa;
- 2) jest warunkiem zawarcia umowy. Jeżeli nie poda Pan/Pani nam swoich danych osobowych nie będziemy mogli zawrzeć i realizować z Panem/Panią umowy;
- 3) jest dobrowolne w zakresie zgody, która może być cofnięta w dowolnym momencie.

6. Przysługuje Pani/Panu skarga do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – Warszawa ul Stawki 2, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy obowiązującego prawa.

7. Pani/Pana dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również w formie profilowania.

8 Administrator nie przekazuje danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.

| <i>Miejscowość</i> | <i>Data</i> | <i>Podpis Wnioskodawcy</i> |
|--------------------|-------------|----------------------------|
| | | |

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

1. Pouczenie,
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności,
3. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o niepełnosprawności do 16 r.ż.,
4. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (jeżeli dotyczy),
5. Kserokopia aktu własności lokalu,
6. Pisemna zgoda właściciela lokalu na dokonanie przez wnioskodawcę likwidacji barier architektonicznych (w przypadku, gdy Wnioskodawca nie jest właścicielem lokalu),
7. Szkic pomieszczenia, w którym będzie dokonywana likwidacja barier architektonicznych (przed i po wykonaniu likwidacji barier),
8. Kosztorys,
9. Kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub notarialne pełnomocnictwo (jeżeli dotyczy).