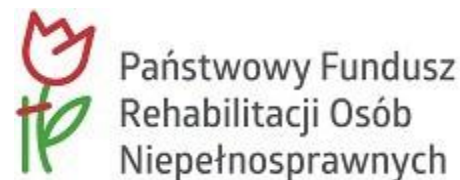


Data wpływu:

Nr sprawy:



WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się 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 poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego 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

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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <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

Część C – Dane dodatkowe

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.

Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. 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 ze 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:

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.	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 .
---	---

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

- 1) art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu wykonania obowiązków prawnych ciężących 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 przekazuje 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,

Wniosek, Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier w komunikowaniu się

- 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. Zaświadczenie lekarskie zawierające opis niepełnosprawności,
3. Oferta cenowa/faktura pro forma
4. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności do 16 r.ż.,
5. Kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub pełnomocnictwo potwierdzone notarialnie (jeżeli dotyczy).