

Nr sprawy:.....

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON
do likwidacji barier w komunikowaniu się osoby niepełnosprawnej

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (proszę wypełniać drukowanymi literami)

.....
imię i nazwisko

Seria.....nr..... wydany w dniuprzez.....
dowód osobisty

nr PESEL

miejsowość..... ulica nr domunr lokalu
dokładny adres

nr kodu.....poczta powiat

województwo nr tel./ faxu (z nr kier.)

A. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI(właściwe zaznaczyć)

1. znaczny	
▪ inwalidzi I grupy	
▪ osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji.	
▪ osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
▪ osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny.	
2. umiarkowany,	
▪ inwalidzi II grupy,	
▪ osoby całkowicie niezdolne do pracy	
▪ inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
▪ pozostali inwalidzi III grupy	
▪ osoby częściowo niezdolne do pracy,	
▪ osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

B. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI(właściwe zaznaczyć)

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	

II. SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE: (właściwie zaznaczyć)

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami spokrewnionymi	

III. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM WRAZ Z WNIOSKODAWCĄ (W TYM OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE).

Imię i nazwisko – pokrewieństwo/powinowactwo	Niepełnosprawność		Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku *
	stopień	rodzaj	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

* - Przeciętny miesięczny dochód rodziny w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o kwoty alimentów świadczonych na rzecz innych osób, oraz koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne nie zaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony **za kwartał** poprzedzający miesiąc złożenia wniosku(są to miesiące oznaczone I-III, IV – VI, VII- IX, X- XII). Przy ustalaniu dochodów w rodzinie nie uwzględnia się świadczeń pielęgnacyjnych i rodzinnych

IV. PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD PODZIELONY PRZEZ LICZBĘ OSÓB WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM WYNOŚI : ZŁ.**V. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (właściwie zaznaczyć)**

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat korzystałem(am) / nie korzystałem(am) ze środków PFRON.

(Informacja o otrzymanych środkach PFRON dotyczy tylko zawartych umów).

Jeżeli TAK proszę o wypełnienie poniższej tabeli

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu celowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

VI. CEL KWALIFIKACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VII. WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

.....

.....

VIII. TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA

.....

IX. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

.....

X. KOSZT ZADANIA

<p>PRZEWIDYWANY KOSZT OGÓLNY (wynikający z załączonych kosztorysów)</p> <p>Cyframi:zł.</p> <p>Słownie:zł.</p>
<p>DEKLAROWANE ŚRODKI WŁASNE:</p> <p>Cyframi:zł. (co najmniej 5 % kosztu ogólnego %)</p> <p>Słownie:zł</p>
<p>WNOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA:</p> <p>CYFRAMI.....zł</p> <p>SŁOWNIE:.....zł</p> <p>INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA</p>



Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie ponieważ do Wnioskodawcy wysyłana jest informacja o sposobie rozpatrzenia wniosku, a nie decyzja administracyjna.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy ze środków PFRON.

- Oświadczam że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych, wynikającej z art. 286 § 1, 2 i 3 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997r., Kodeks Karny.
- Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
- Oświadczam, że nie uzyskałem/am w ciągu poprzednich 3 lat dofinansowania ze źródeł PFRON na cel określony we wniosku.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się pisemnie poinformować PCPR w Gliwicach, w ciągu 14 dni.

~~~~~  
**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO) Oświadczam, że zostałem poinformowany, że:

1. Administratorem danych osobowych Wnioskodawcy jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gliwicach, ul. Zygmunta Starego 17, kod pocztowy 44-100, adres e-mail: pcpr\_gliwice@powiatgliwicki.pl, tel. 32 332 66 16.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest możliwy za pomocą poczty elektronicznej pod adresem e-mail: pcpr\_gliwice@powiatgliwicki.pl
3. Dane osobowe Wnioskodawcy będą przetwarzane w celu realizacji zawartej umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych w powyższym celu jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (art.6 ust.1 lit. b, e RODO).
5. Dane osobowe Wnioskodawcy będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom przetwarzającym dane osobowe w oparciu o stosowne umowy, a w zakresie danych korespondencyjnych operatorowi pocztowemu lub kurierowi.
6. Dane osobowe Wnioskodawcy będą przetwarzane przez okres wskazany w przepisach dotyczących instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt, bądź innych przepisów prawa.
7. Wnioskodawca posiada prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych Wnioskodawcy.
8. Wnioskodawcy przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
9. Podanie przez Wnioskodawcę danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy, a ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy.
10. Dane osobowe Wnioskodawcy nie będą przekazywane do państwa trzeciego/ organizacji międzynarodowej.
11. Dane osobowe Wnioskodawcy nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy/ opiekuna prawnego/ pełnomocnika

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY ( DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY),  
OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK**

..... syn/córka .....  
*imię imiona i nazwiska* *imię ojca*

seria ..... nr..... wydany w dniu.....  
przez.....  
*dowód osobisty*

nr PESEL .....

miejsowość ..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....  
*dokładny adres*

nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./ faxu ( z nr. kier.) .....

ustanowiony opiekunem\* / pełnomocnikiem\* .....

( *postanowieniem Sądu rejonowego z dnia ..... sygn akt*  / *na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego*  
*przez Notariusza ..... z dn..... repet nr ..... ).*

**Załączniki:**

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności / o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu w trakcie składania wniosku).
2. Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą.
3. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające potrzebę dokonania zakupu i/lub zamontowania wskazanego we wniosku urządzenia.
4. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
5. Zaświadczenie o pobieraniu nauki przez Wnioskodawcę.
6. Faktura pro-forma, oferta cenowa lub kosztorys na wnioskowany przedmiot dofinansowania.
7. Umowa o świadczenie usługi dostępu do Internetu
8. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej kserokopia Postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu w trakcie składania wniosku).
9. W przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, kserokopia pełnomocnictwa notarialnego (oryginał do wglądu w trakcie składania wniosku).

| <b>Wypełnia PCPR</b>                                                       |                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><b>Data wpływu wniosku do PCPR</b> | <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><b>pieczęć PCPR i podpis pracownika</b> |

pieczęć placówki służby zdrowia

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Gliwicach w związku z ubieganiem się o dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu się z PFRON (ważne w ciągu 3 miesięcy od daty wystawienia)

Imię i nazwisko .....Adres.....  
PESEL.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

dysfunkcji narządu obu kończyn górnych\*  dysfunkcji narządu wzroku \*

dysfunkcji narządu słuchu\*  dysfunkcji narządu mowy\* innej dysfunkcji\* jakiej ?  
krótka charakterystyka .....

Opis schorzenia (z uwzględnieniem jego wpływu na trudności w komunikowaniu się)

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

Wnioskowane usunięcie barier w komunikowaniu się wpłynie/nie wpłynie\*\* na poprawę funkcjonowania wnioskodawcy w otoczeniu.

Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe (np. osoba samotna, leżąca, konieczność używania aparatu słuchowego , rurki tracheotomijnej z itp.):

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

.....  
miejscowość i data

.....  
pieczęć i podpis lekarza  
specjalisty o specjalizacji związanej  
z niepełnosprawnością

**UWAGA !**  
**NINIEJSZE ZAŚWIADCZENIE POWINNO BYĆ WYPEŁNIONE CZYTELNIIE I WJĘZYKU POLSKIM**

\*właściwe zakreślić znakiem X  
\*\* niewłaściwe skreślić