

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zakupu urządzeń z zakresu likwidacji BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ w miejscu
zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Bariery w komunikowaniu się – to ograniczenie uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się lub przekazywanie i pozyskiwanie informacji

1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	Miejscowość	Adres
Data urodzenia	Gmina	Telefon
Dowód osobisty (seria i numer)		wydany przez: ważny do:

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	Miejscowość	Adres
Data urodzenia	Gmina	Telefon
Dowód osobisty (seria i numer)		wydany przez: ważny do:
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... sygnatura akt.....		
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczanego przez notariusza z dnia..... nr repetytorium.....		

3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X we właściwej rubryce)

znaczny <input type="checkbox"/>	I grupa <input type="checkbox"/>	całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/>
umiarkowany <input type="checkbox"/>	II grupa <input type="checkbox"/>	całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
lekki <input type="checkbox"/>	III grupa <input type="checkbox"/>	częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
o niepełnosprawności (do 16 roku życia) <input type="checkbox"/>		
termin ważności orzeczenia: <input type="checkbox"/> trwale <input type="checkbox"/> czasowe do:		

4. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X we właściwej rubryce)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak lub 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. dysfunkcja układu oddechowego i krążenia	
7. choroby neurologiczne	
8. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia i inne	

5. SYTUACJA ZAWODOWA (wstawić X we właściwej rubryce)

1. zatrudniony * / prowadzący działalność gospodarczą *	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca *	
3. bezrobotny poszukujący pracy * / rencista poszukujący pracy *	
4. rencista * / emeryt *	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

6. SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJĘ: (wstawić X we właściwej rubryce)

1. samotnie	
2. z rodziną	

7. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (w ciągu 3 ostatnich lat)

TAK <i>korzystano</i>	NIE <i>korzystano</i>
------------------------------	------------------------------

	nazwa	rok	kwota
1. likwidacja barier architektonicznych			
2. likwidacja barier technicznych			
3. likwidacja barier w komunikowaniu się			
4. zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny			
5. inne PFRON			

8. WNIOSKOWANE DOFINANSOWANIE

Proszę o dofinansowanie.....
 (należy podać nazwę urzędnika)

.....

w wysokości.....zł

(słownie.....zł

9. CEL LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ, WYCZERPUJĄCE UZASADNIENIE**10. INFORMACJA O POSIADANYM RACHUNKU BANKOWYM**

W przypadku poniesienia przeze mnie kosztów za likwidację barier w komunikowaniu się wyrażam zgodę na przekazanie przyznanego mi dofinansowania na konto bankowe

.....
 (imię, nazwisko posiadacza konta lub nazwa sprzedawcy)

Nazwa banku:

Nr konta |_|_|_| -|_|_|_|_|_|_| -|_|_|_|_|_|_|- |_|_|_|_|_|_|-
 |_|_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|- |_|_|_|_|_|_|

11. OŚWIADCZENIA

Liczba **osób** we wspólnym gospodarstwie domowym **wynosi**

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**

słownie:

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

Oświadczam, że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że podane we wniosku dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

12. KLAUZULA INFORMACYJNA

Informuję, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni, ul. Wojska Polskiego 1, 62-300 Września**, zwanym dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
- 2) kontakt do inspektora danych osobowych: e-mail: inspektor@osdidk.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań i nie będą udostępniane innym odbiorcom,
- 4) Administrator danych osobowych, przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
- 5) podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest zawarcie umowy,
- 6) posiada Pani/Pan prawo do:
 - a) żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - b) wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - c) przenoszenia danych,
 - d) wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - e) cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- 7) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 8) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

13. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

- 1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni, ul. Wojska Polskiego 1, 62-300 Września** w celu uzyskania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 2) Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
- 3) Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

14. UWAGI !

- 1) Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania.
- 2) Warunkiem zrealizowania dofinansowania z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się jest wcześniej zawarta umowa z PCPR.
- 3) O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

15. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

- 1) Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
- 2) Oferta cenowa na zakup sprzętu wystawiona przez dostawcę sprzętu rehabilitacyjnego na:
 - a) wnioskodawcę,
 - b) rodzica lub przedstawiciela ustawowego, ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku małoletniego dziecka)
 - c) opiekuna prawnego ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej) – należy dołączyć dokument ustanowienia opieki prawnej (postanowienie sądu lub pełnomocnictwo notarialne).
- 3) Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy, pełnomocnika, opiekuna prawnego

Bariery w komunikowaniu się – to ograniczenie uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się lub przekazywanie i pozyskiwanie informacji

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dotyczące likwidacji barier w komunikowaniu się**

Imię i nazwisko..... PESEL.....

Adres zamieszkania.....

I. Przyczyny niepełnosprawności (wstawić X w odpowiednim polu)

1. upośledzenie umysłowe	
2. choroby psychiczne	
3. zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
4. choroby narządu wzroku	
5. upośledzenie narządu ruchu	
6. epilepsja	
7. choroby układu oddechowego	
8. choroby układu pokarmowego	
9. choroby układu moczowo - płciowego	
10. choroby neurologiczne	
11. inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszcpecenie, choroby układu krwiotwórczego	
12. częściowe zaburzenia rozwoju.	

II. Opis niepełnosprawności:.....

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

III. Uzasadnienie, dlaczego wskazana jest likwidacja barier w komunikowaniu się, wskazać sprzęt

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

.....
Pieczętka i podpis lekarza

Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
--

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKÓW O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku „X”	Uzupełniono	Data uzupełnie nia
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności.			
2.	Oferta cenowa na zakup sprzętu.			
3.	Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.			

Sprawdzono pod względem formalnym i merytorycznym

Zweryfikowano w rejestrach dane dotyczące korzystania z dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się w ciągu 3 lat: korzystał z dofinansowania w roku, nie korzystał z dofinansowania

Wnioskowany przedmiot dofinansowania

.....

.....

.....

Opinia Zespołu ds. rozpatrywania wniosków:
wniosek zaopiniowany:

pozytywnie

kwota dofinansowania.....

uwagi.....

.....

.....

negatywnie

.....

.....

.....

Data i podpisy członków Zespołu