

(pieczętka) PCPR w Przasnyszu	(data wpływu wniosku)	Nr sprawy: PCPR.646. .202...
----------------------------------	-----------------------	----------------------------------------

Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

WNIOSEK – część A (wypełnia wnioskodawca)

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **likwidacji barier technicznych.**

(należy zaznaczyć właściwe pola przez wypełnienie pola)

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ/ DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO	
Imię/imiona..... Nazwisko.....	
Data urodzenia <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , miejscowość..... <small>(dzień – miesiąc - rok) (miejsce urodzenia)</small>	
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kontakt telefoniczny: nr kier (.....) nr telefonu stacjonarnego nr tel. komórkowego:.....	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	ADRES ZAMELDOWANIA <small>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</small>
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(poczta)</small>	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(poczta)</small>
Miejscowość	Miejscowość
Ulica	Ulica
Nr domu nr lok. Powiat	Nr domu nr lokalu
Województwo	Powiat
	Województwo
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pcpr-przasnysz.pl

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE RODZICA DZIECKA / OPIEKUNA PRAWNEGO/ PEŁNOMOCNIKA

Imię/imiona..... Nazwisko.....

Data urodzenia - - , miejscowość.....
(dzień – miesiąc - rok) (miejsce urodzenia)

Płeć: kobieta mężczyzna PESEL

MiejscowośćUlica

Nr domu Nr lok.Powiat

Województwo nr tel.

Ustanowiona/y Opiekunem/ Pełnomocnikiem* postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia
 sygnatura akt.....

Na mocy pełnomocnictwa* potwierdzonego przez Notariusza

.....z dnia

repet. Nr.....

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	---------------------------------------------

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
---------------------------------------------------------	----------------------------------------------	----------------------------------------------

<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
---------------------------------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------------------------

orzeczenie o niepełnosprawności , dotyczy dziecka do 16 roku życia

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym

Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego

NARZĄD WZROKU 04-O

<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma
------------------------------------------	---------------------------------------------	------------------------------------------------

* właściwe zaznaczyć

<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):				
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y	<input type="checkbox"/> zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy	<input type="checkbox"/> nie zarejestrowany
<input type="checkbox"/> bezrobotna/y	<input type="checkbox"/> zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy	<input type="checkbox"/> nie zarejestrowany
<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy	<input type="checkbox"/> zatrudniona/y lub prowadzący działalność gospodarczą albo rolniczą	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> staż zawodowy	<input type="checkbox"/> emeryt	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> rencista		

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	

2. Nazwa banku i numer rachunku bankowego wnioskodawcy (w przypadku osoby małoletniej - opiekuna prawnego / przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika)

Nazwa banku
Numer rachunku bankowego <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Oświadczam, że:

- 1) informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- 2) zapoznałam(em) się z zasadami udzielania dofinansowania do **likwidacji barier technicznych**, które przyjmuję do wiadomości i stosowania,
- 3) posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w przedsięwzięciu /zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 5 % ceny brutto**),
- 4) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania dofinansowania ze środków PFRON, w ramach dofinansowania do **likwidacji barier technicznych** oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych:
 - a) w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172 ze zm.),
 - b) rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. z 2015 r., poz. 926) także w dniu podpisania umowy,
- 5) **oświadczam, iż w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałam/uzyskałem dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier technicznych,**
- 6) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż dofinansowanie do likwidacji barier technicznych nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy ze starostą.
- 7) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek bankowy wnioskodawcy, sprzedawcy przedmiotu zakupu, wykonawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

..... dnia podpis Wnioskodawcy
------------------	-------------------------------------

10. Załączniki: wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PCPR W PRZASNYSZU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie lekarskie wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Oświadczenie wnioskodawcy o posiadaniu środków na wkład własny (sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Dokumenty potwierdzające finansowanie zadania z innych źródeł – w przypadku, gdy takie występują	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Proforma faktury lub kosztorys wnioskowanego sprzętu, urządzenia, wykonania usługi itp. (wraz z konkretnym modelem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Do wglądu oryginał wszystkich dokumentów oraz dowód osobisty.

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr: PCPR.646. .202 .

– wypełnia PCPR w Przasnyszu

1. Weryfikacja formalna:

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU			
Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania do likwidacji barier technicznych.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w ustawie oraz w rozporządzeniu.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy).	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki).	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:	20.... r.	
Weryfikacja formalna wniosku:		<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

pieczętka imienna pracownika PCPR w Przasnyszu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR w Przasnyszu

data, podpis:

2. Opinia komisji dotycząca wniosku Nr PCPR.646. .202 :

Przasnysz,20.....

Podpis członków komisji

- 1)
- 2)
- 3)

3. Decyzja dotycząca wniosku Nr PCPR.646. .202 :

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
DO LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH**

pozytywna: negatywna:

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI 95 % NIE WIĘCEJ NIŻ DO KWOTY (w zł.):

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy.

.....20..... r.

data

.....

podpisy osoby/osób podejmujących decyzję

Załącznik Nr 2 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych.

Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Powiat Przasnyski, w imieniu którego występuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych Wnioskodawcy, którego reprezentuję*, tj. danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez administratora, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, adres: ul. Św. St. Kostki 5, 06-300 Przasnysz, w celu kontaktu telefonicznego oraz wypłaty dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

.....
(miejsceowość, data)

.....
(czytelny podpis)

Obowiązek informacyjny o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

Zgodnie z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu jest Dyrektor dane kontaktowe Administratora Danych Osobowych: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, ul. Św. St. Kostki 5, 06-300 Przasnysz, tel. 29 752-25-14 wew. 118 lub 511-951-468.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu. Kontakt z nim możliwy jest pod numerem telefonu 29 752 22 70 lub adresem e-mail: iod@powiat-przasnysz.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe, przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań i obowiązków Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. a, lit. b, lit. c, lit. e RODO; ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiat, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym oraz innych ustaw i aktów wykonawczych regulujących wypełnianie zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane w ograniczonym zakresie mogą być również przekazane podmiotom realizującym zadania na rzecz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
5. Czas przechowywania Pani/Pana danych osobowych jest określony prawem, zgodnie z przepisami kancelaryjno – archiwalnymi Administratora oraz Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane i czasie wskazanym przepisami prawa.
6. Każdej osobie, której dane przetwarzane są w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, przysługuje prawo do: dostępu do danych, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, oraz usunięcia, jeśli pozwalają na to przepisy prawa.
7. W przypadku przetwarzania danych osobowych w oparciu o „Wyrażenie Zgody” informuję, że zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres: 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.
9. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami prawa jest konieczne do realizacji ustawowych celów i zadań Administratora. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania. W pozostałych przypadkach podanie danych jest dobrowolne.
10. Administrator danych osobowych nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
11. Podanie danych nie skutkują zautomatyzowaną oceną czynników osobowych i tym samym nie podlega profilowaniu.
12. Administrator danych osobowych dokłada wszelkich starań, aby zapewnić odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.

Oświadczam, że zapoznałam/em się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.

.....
(miejsceowość, data)

.....
(czytelny podpis)

* Właściwe zaznaczyć

Załącznik Nr 3 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Zaświadczenie wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu – dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych

Imię i nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Choroby współistniejące.....

.....

.....

**Uzasadnienie konieczności zakupu(urządzenia/urządzeń),
w związku z istniejącą niepełnosprawnością osoby niepełnosprawnej, w ramach barier
technicznych.....**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis
lekarza specjalisty)

Załącznik Nr 4 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

o posiadaniu środków na wkład własny

(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON)

dla : Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu w celu dofinansowania likwidacji barier technicznych.

Niniejszym oświadczam, że Ja

(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że maksymalna wysokość dofinansowania ze środków PFRON wynosi 95 % kosztów uznanych przez PCPR.

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

.....
(data i podpis wnioskodawcy/ pełnomocnika
/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego)