

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

PR.654. .2022

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [Dz. U. z 2015 r. poz.926 z późn. zm.]

**WNIOSEK
o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się**

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !!!

Dane osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

(miejscowość, ulica, nr domu)

dowód osobisty: serianr..... wydany w dniu

przez

nr PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nr tel/faxu e-mail.....

Przedmiot dofinansowania:

.....
.....

Miejsce realizacji zadania (adres) :

Planowany termin rozpoczęcia i przewidziany czas realizacji :

Uzasadnienie składanego wniosku:

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

Stopień niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. znaczny,	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolnej do samodzielnej egzystencji	
• osoby o 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	

Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządów ruchu	
3. dysfunkcja narządów wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

Sytuacja zawodowa⁽¹⁾

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

Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje ⁽¹⁾

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

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko	pokrewieństwo	niepełnosprawność	
		rodzaj ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾
1. Wnioskodawca			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi :**

.....zł/osobę

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

(1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

(2) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy I

(3) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy II

* właściwe zaznaczyć

** Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 111 z późn. zm.)

Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
(w ciągu 5 lat) :

Tak Nie Jeśli tak, podać na jaki cel:

Cel (nazwa programu i /lub zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc	Nr i data zawarcia umowy	Kwota wykorzystana	Kwota rozliczona

Przewidywany koszt czas realizacji zadania:

1. Łączna kwota realizacji zadania (100%):zł.
2. Wnioskowane dofinansowanie ze środków PFRON zł.
3. Deklarowane środki własne przeznaczone na realizację zadania.....zł.

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

Inne źródła finansowania-wysokość środków i dokumenty potwierdzające :

Posiadany sprzęt komputerowy (oprogramowanie)

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:

Imię i nazwisko.....

PESEL

Adres zamieszkania:

miejsowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

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

województwo nr tel./faxu (z nr kier.)

ustanowiony Opiekunem/Pełnomocnikiem*.....

(postanowieniem Sadu Rejonowego z dnia sygn. akt /na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*.....z dnia..... repet. Nr

Oświadczenie Wnioskodawcy

Ja niżej podpisany/a oświadczam że :

1. Zostałem/am zapoznany/a z treścią Klauzuli Informacyjnej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku, w tym z informacją o celu i sposobie przetwarzania danych osobowych oraz przysługującym prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych jest dobrowolne.

2. Na podstawie art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, z dnia 27 kwietnia 2016 r.(Dz. Urz. UE Nr 119) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji zadań własnych i zleconych przez administratora danych -Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku, ul. Rynek 1, 38-600 Lesko,

3. Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am w ciągu **trzech ostatnich lat** przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

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

Przyjmuję do wiadomości, że :

1. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu leskiego na rok 2022 i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy na dofinansowanie.
3. Dofinansowanie ze środków PFRON wynosi do 95% wartości zakupu.
4. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.
5. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacja, należy zgłaszać do PCPR w Lesku w formie pisemnej.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/ opiekuna
prawnego/ pełnomocnika) *

Załączniki do wniosku :

- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – oryginał dokumentu lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ który, wydał dokument lub organ, który jest w posiadaniu tego dokumentu lub poświadczony dokument przez notariusza;
- aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz wynikających z niej dysfunkcji utrudniających samodzielne funkcjonowanie (załącznik nr 1)
- w przypadku niezgodności adresu na orzeczeniu a adresem zamieszkania wymagane jest oświadczenie,
- w przypadku osób ubezwłasnowolnionych, nie mogących się podpisać – postanowienie sądu lub pełnomocnictwo potwierdzone przez notariusza.
- w przypadku młodzieży uczące się w wieku od 16 do 24 roku życia **zaświadczenie o kontynuacji nauki.**
- specyfikacja przedmiotu dofinansowania, oferta cenowa, faktura proforma (załącznik nr 2)
- klauzula Informacyjna dla klientów PCPR Lesko (załącznik nr 3)

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

Wypełnia lekarz, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

do potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
o likwidacji barier w komunikowaniu się

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności - rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- inna dysfunkcja narządu ruchu
- wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- inne (podać jakie)

Uzasadnienie celowości likwidacji barier w komunikowaniu się w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:

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

.....
miejscowość i data

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINASOWANIA
(wypełnia sprzedawca/dostawca)

Lp.	Nazwa urządzenia	Cena
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
RAZEM:		

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć i podpis Sprzedawcy/Dostawcy)

Klauzula Informacyjna dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku (PCPR) z siedzibą ul. Rynek 1, 38-600 Lesko. Mogą się Państwo z nami kontaktować w następujący sposób: listownie na adres siedziby administratora, e-mailem; pcpr@powiat-leski.pl lub telefonicznie 13 493 90 95

2) W sprawach dotyczących przetwarzania Państwa danych osobowych, w tym realizacji Państwa praw mogą się Państwo kontaktować z wyznaczonym przez nas inspektorem ochrony danych (IOD) w następujący sposób: listownie na adres siedziby administratora lub e-mailem; iod@powiat-leski.pl

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań PCPR w Lesku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie art. 9 ust. 1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz

- realizacji zadań wynikających z ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.)

- realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej finansowane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.)

- realizacji zadań z zakresu ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 821 z późn. zm.);

- realizacji zadań wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2021 r. poz. 1249 z późn. zm.)

4) Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa (np. policja, sądy) oraz podmiotom zewnętrznym współpracującym z administratorem i świadczącym usługi w zakresie obsługi administracyjnej, informatycznej, prawnej, księgowej (np. banki, operatorzy pocztowi, firmy archiwizujące dokumenty)

5) Zebrane dane będą przetwarzane do momentu wygaśnięcia podstawy prawnej przetwarzania, z wyłączeniem celów statystycznych, archiwalnych i zabezpieczenia przyszłych roszczeń Administratora danych. W przypadku danych osobowych przetwarzanych na podstawie przepisów prawa dane będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów, w tym ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. W przypadku danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody dane będą przetwarzane przez okres obowiązywania zgody, tj. do czasu jej odwołania.

6) Posiadacie Państwo, w przypadkach określonych przepisami, prawo dostępu do treści swoich danych i danych podopiecznego oraz otrzymywania ich kopii, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania przy czym przepisy odrębne mogą wykluczyć możliwość skorzystania z tego prawa, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do odwołania zgody na przetwarzanie danych podanych dobrowolnie w każdym czasie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Posiadacie Państwo również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.7) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłanką do przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa. W sytuacji gdy podanie danych jest obowiązkowe do załatwienia określonej kategorii spraw konsekwencją nie podania danych osobowych będzie brak możliwości podjęcia skutecznych działań. Natomiast w sytuacji gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody osoby której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych ma charakter dobrowolny.8) Profilowanie. Pana/Pani dane osobowe nie będą poddawane profilowaniu. Państwa dane osobowe nie będą również wykorzystywane do automatycznego podejmowania decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....
czytelny podpis osoby informowanej