

**Wniosek PR.653. ....2025**

Data wpływu:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego**  
**Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier**  
**architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób**  
**niepełnosprawnych**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

**ROLA WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<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
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<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
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	

<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

Taki sam jak adres zamieszkania

<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	

<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
<b>ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

<b>STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy

<b>Niezdolność:</b>	<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
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<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 <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <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
<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

## 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:	
<b>Cel dofinansowania i uzasadnienie:</b>	

**WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER**

Nazwa pola	Wartość
<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b>	

<b>Miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji:</b>	

### OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania .....

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
<b>Budynek:</b>	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
<b>Ilość pięter:</b>	<input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> piętrowy, <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?):
<b>Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:</b>	
<b>Liczba pokoi:</b>	<input type="checkbox"/> + kuchnia, <input type="checkbox"/> + łazienka, <input type="checkbox"/> + wc
<b>Łazienka jest wyposażona w:</b>	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> brodzik, <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową, <input type="checkbox"/> umywalkę

<b>W mieszkaniu jest:</b>	<input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej, <input type="checkbox"/> ciepłej, <input type="checkbox"/> kanalizacja, <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie, <input type="checkbox"/> prąd, <input type="checkbox"/> gaz
<b>Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:</b>	

### 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

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.

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. 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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie (ważne 3 miesiące od dnia wystawienia) - zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz wynikających z niej dysfunkcji utrudniających samodzielne funkcjonowanie. **(Załącznik nr 1).**
2. Oświadczenie Wnioskodawcy **(Załącznik nr 2).**
3. Kopia orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [Dz.U. z 2024 r. poz. 44 t.j.] a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, orzeczenie o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu).
4. Kopia/e orzeczenia/eń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą (w przypadku takich osób).
5. Aktualny wypis z księgi wieczystej (wydruk komputerowy można pobrać ze strony [www.ekw.ms.gov.pl](http://www.ekw.ms.gov.pl)) lub kopia aktu własności lokalu, lub kopia umowy najmu (oryginał do wglądu), jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem lokalu.
6. Oświadczenie właściciela/współwłaścicieli nieruchomości dot. zgody na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych **(Załącznik nr 3).**
7. Kopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna jest ubezwłasnowolniona.
8. Kopia pełnomocnictwa - w przypadku, gdy w imieniu osoby niepełnosprawnej z wnioskiem występuje pełnomocnik.
9. **Informacja dostawcy lub sprzedawcy dotycząca wartości przedmiotu dofinansowania (np. kosztorys ofertowy, faktura PROFORMA) – w wymaganych przypadkach.**
10. Oświadczenie dot. niezgodności adresu na orzeczeniu a adresem zamieszkania (w wymaganych przypadkach).
11. W przypadku, gdy konieczne jest podanie danych osób innych niż wnioskodawca (orzeczenie, nr rachunku bankowego itp.), wymagane jest pisemne oświadczenie o zapoznaniu się z Klauzulą informacyjną PCPR w Lesku i zgoda na przetwarzanie danych osobowych – tej/yh osoby/ób **(Załącznik nr 4).**

Wypełnia lekarz, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

potwierdzające potrzebę ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze  
 środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

### do likwidacji barier architektonicznych

*(WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE W JĘZYKU POLSKIM)*

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL

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

**1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności - rozpoznanie choroby zasadniczej:**

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

**2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji.**

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:
- na wózku inwalidzkim
- za pomocą kul, balkoniku, protez lub innych środków pomocniczych
- inna dysfunkcja narządu ruchu .....
- osoba leżąca
- Dysfunkcja narządu wzroku
- Dysfunkcja narządu słuchu
- Dysfunkcja narządu mowy
- Inne (podać jakie).....

**3. Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:**

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

.....  
 miejscowość i data

.....  
 pieczętka i podpis lekarza

## OŚWIADCZENIE

### dot. wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych

1. Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (Dz.U z 2021 r., poz.510 t.j. z późn. zm.), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania, oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby, w imieniu której składam wniosek\* jest:

.....  
(adres miejsca pobytu stałego)

Pod wyżej wymienionym adresem było (podać rok) ...../ nie było realizowane dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych.

2. Zostałem/am zapoznana/y z treścią Klauzuli informacyjnej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku (*verte*), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz przysługującym prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.
3. Na podstawie art. 6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.UE.L.2016.119.1) 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.
4. Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz 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.
5. 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. Złożony przeze mnie wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON zostanie rozpatrzony po podjęciu przez Radę Powiatu Lesku uchwały w sprawie określenia zadań w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych przewidzianych do realizacji w danym roku oraz wysokości środków PFRON przeznaczonych na te zadania.
2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu sanockiego na rok budżetowy i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
3. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy na dofinansowanie.
4. Dofinansowanie ze środków PFRON wynosi do 95% wartości zakupu.
5. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.
6. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do PCPR w Lesku w formie pisemnej.

.....  
(Data i podpis Wnioskodawcy)

## **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](mailto: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](mailto: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 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 2024 r. poz. 44 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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)

.....  
.....  
.....  
.....  
(Imię, nazwisko, adres, nr telefonu)

.....  
(Miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż jestem właścicielem / współwłaścicielem\* nieruchomości pod adresem / o numerze działki:

.....

i wyrażam zgodę na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych w budynku/na działce\* do mnie należącym/ej – dla Pana/i: .....

(Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez PCPR w Lesku (*verte*), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji zadań własnych i zleconych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku, ul. Rynek 1, 38-600 Lesko.

.....  
(Podpis Właściciela/Współwłaściciela)

**OŚWIADCZENIE**

Na podstawie art. 6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych:

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: .....

w celu realizacji zadań własnych i zleconych przez administratora danych - Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku, ul. Rynek 1, 38-600 Lesko.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a 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.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)

**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](mailto: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](mailto: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 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 2024 r. poz. 44 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 wyłączyć 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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)