

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

#### ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	<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 poświadczzonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczzonego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<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
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

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

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

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

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<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 OTRZYMANÝCH ŚRODKÓW PFRON**

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU****PRZEDMIOT WNIOSKU**

Nazwa pola	Wartość
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
Słownie:	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	

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

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

Nazwa pola	Wartość
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

### 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
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

- W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### Część C – Dane dodatkowe

#### 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? .....

## OŚWIADCZENIA

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.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

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 dodatkowych danych, tj. daty urodzenia, numeru telefonu, adresu e-mail, informacji zawartych w zaświadczeniu lekarza/terapeuty, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych  
Zgoda jest wyrażana dobrowolnie i można ją wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- 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,
- o dofinansowanie kosztów likwidacji barier w komunikowaniu się ubiegam się tylko w Powiecie Nowotarskim,
- zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

### UWAGA!

**Dofinansowanie nie obejmuje kosztów poniesionych przed przyznaniem środków i zawarciem umowy ze Starostą.**

**Wniosek będzie realizowany w elektronicznym Systemie Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON (SOW).**

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Lp.	ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU
1.	kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, a w przypadku dzieci do lat 16 kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
2.	w przypadku gdy wnioskodawca działa przez opiekuna prawnego do wniosku należy załączyć kopię postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),
3.	szczegółowe uzasadnienie wynikającej z niepełnosprawności potrzeby zakupu wnioskowanego sprzętu/urządzenia/usługi – załącznik nr 1,
4.	kosztorys (faktura pro forma) wystawiony na Wnioskodawcę zawierający informację o typie sprzętu i całkowitym koszcie jego zakupu - załącznik nr 2,
5.	- zaświadczenie wydane przez lekarza, zawierające szczegółowy opis schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności (wypełnione czytelnie w języku polskim) – załącznik nr 3, - opinia logopedyczna/wniosek logopedy – w przypadku ubiegania się o dofinansowanie usług logopedycznych, programu typu Mówik
6.	oświadczenie dotyczące przetwarzania danych osobowych w przypadku gdy we wniosku podano dane osoby innej niż wnioskodawca – załącznik nr 4.

\* Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to suma dochodów wszystkich członków gospodarstwa domowego pomniejszonych o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

### Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy Pana/Panią, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu, ul. Jana Kazimierza 20, 34-400 Nowy Targ, kontakt mailowy pod adresem: [pcpr@nowotarski.pl](mailto:pcpr@nowotarski.pl), reprezentowane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu.

2. Administratorami danych osobowych przetwarzanych w Systemie SOW w tym danych osobowych użytkowników są:

1) PFRON – al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych powołanego w PFRON - adres poczty elektronicznej: [iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl), adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu przy ul. Jana Kazimierza 20, kontakt mailowy pod adresem: [pcpr@nowotarski.pl](mailto:pcpr@nowotarski.pl), kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email: [iod@nowotarski.org.pl](mailto:iod@nowotarski.org.pl)

3. Dane osobowe przetwarzane są przez PFRON w celu zarządzania systemem SOW oraz realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym, w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO, jako że jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (z późn. zm.).

4. Dane osobowe przetwarzane są przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu w celu rozpoznania złożonego Wniosku, przyznania i przekazania dofinansowania oraz jego rozliczenia przez PFRON. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO, art. 6 ust. 1 lit. a RODO, art. 6 ust. 1 lit. b RODO, danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO, jak również art. 9 ust. 2 lit. b RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (z późn. zm.).

5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w ust. 3 i 4, odbiorcami danych osobowych mogą być:

1) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PFRON przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest PFRON,

2) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.

6. Jeżeli podstawą przetwarzania danych osobowych jest wyrażona przez Panią/Pana zgoda, może ona zostać wycofana w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem wcześniejszego przetwarzania danych.

7. Dane osobowe będą wykorzystywane przez okres niezbędny do realizacji obowiązków ciążących odrębnie na każdym z Administratorów zgodnie z ust. 3 i 4, a następnie archiwizowane przez okres wynikający z ustaleń poczynionych pomiędzy Administratorami a Archiwum Państwowym zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

8. W związku z przetwarzaniem danych osobowych nie będzie dochodziło do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

9. Osobie, której dane dotyczą, na zasadach określonych w RODO, przysługują następujące prawa w związku z przetwarzaniem jego danych osobowych:

1) prawo dostępu do danych, w tym uzyskania kopii danych na podstawie art. 15 RODO,

2) prawo żądania sprostowania danych na podstawie art. 16 RODO,

3) prawo do usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO, chyba że dalsze przetwarzanie danych jest niezbędne dla wywiązania się z obowiązku prawnego,

4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 RODO,

5) prawo do przenoszenia danych na podstawie art. 20 RODO, w przypadku, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit b RODO i w sposób zautomatyzowany.

6) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora na podstawie art. 21 RODO.

10. Przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym jest również niezbędne do założenia Konta i procedowania wniosku w Systemie SOW. Odmowa podania danych będzie skutkowałą odmową założenia Konta w Systemie SOW i w konsekwencji uniemożliwi złożenie i realizację Wniosku o przyznanie pomocy.

12. Więcej informacji znajduje się na stronie [www.pcpr.nowotarski.pl](http://www.pcpr.nowotarski.pl), [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz w siedzibie PCPR.



**Szczegółowe uzasadnienie, wynikającej z niepełnosprawności, potrzeby zakupu wnioskowanego sprzętu/urządzenia, usługi:**

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

Data: .....

.....  
**podpis** wnioskodawcy lub przedstawiciela  
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

.....  
( miejscowość, data )**KOSZTORYS**  
( wypełniać czytelnie )

Imię i nazwisko Wnioskodawcy .....

Adres zamieszkania .....

**Specyfikacja przedmiotu dofinansowania:**

Lp.	Nazwa urządzenia/usługi	Typ urządzenia	Ilość szt.	Cena jednostkowa	Wartość

.....  
( pieczęć i podpis sprzedawcy )

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA**  
o przyczynach niepełnosprawności osoby ubiegającej się o dofinansowanie  
likwidacji barier w komunikowaniu się

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

## I. Przyczyna niepełnosprawności (wstawić „X” we właściwe rubryki)

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 i krążenia	
8. choroby układu pokarmowego	
9. choroby układu moczowo-płciowego	
10. choroby neurologiczne	
11. inne	
12. całościowe zaburzenie rozwojowe	

II. Opis niepełnosprawności: .....

.....

.....

III. Używane zaopatrzenie ortopedyczne: .....

IV. Szczegółowe uzasadnienie, że osoba ma trudności w wykonywaniu podstawowych czynności  
życiowych i/lub porozumiewaniu się/przekazywaniu informacji - w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

.....

.....

.....

.....

.....  
miejsowość i data.....  
pieczęć i podpis lekarza

**Oświadczenie dotyczące przetwarzania danych osobowych**  
(uzupełnić w przypadku, gdy we wniosku podano dane osoby innej niż wnioskodawca)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych moich danych osobowych, tj.\*:

imienia i nazwiska,  adresu zamieszkania,

serii i nr dowodu osobistego,  numeru pesel,

innych, tj. ....

w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON kosztów likwidacji barier w komunikowaniu się złożonego przez .....

Zgoda jest wyrażana dobrowolnie i można ją wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....

(data i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)

\* zaznaczyć „X” w odpowiedniej kratce

Szczegółowe informacje dotyczące ochrony danych osobowych dostępne są na stronie internetowej [www.pcpr.nowotarski.pl](http://www.pcpr.nowotarski.pl), [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz w siedzibie jednostki .