

Wniosek

Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ
DŁUGOPISEM Z NIEBIESKIM
ATRAMENTEM,
DRUKOWANYMI
I CZYTELNYMI LITERAMI!**



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

*W PRZYPADKU DZIECKA
NALEŻY WPISAĆ:
W IMIENIU DZIECKA
* W PRZYPADKU OSOBY
UBEZWŁASNOWLONIONEJ
NALEŻY WPISAĆ:
W IMIENIU
PODOPIĘCZNEGO
*W PRZYPADKU OSOBY
DOROSŁEJ NALEŻY
WPISAĆ:
WE WŁASNYM IMIENIU

Wniosek

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	ANNA
Drugie imię:	-
Nazwisko:	KOWALSKA
PESEL:	12345678910
Data urodzenia:	DD.MM.RRR
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input checked="" type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	MAZOWIECKIE
Powiat:	PULTUSKI
Gmina:	PULTUSK
Miejscowość:	PULTUSK
Ulica:	3 MAJA
Nr domu:	20
Nr lokalu:	-
Kod pocztowy:	06-100
Poczta:	PULTUSK
Rodzaj miejscowości:	<input checked="" type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	NUMER KONTAKTOWY
Adres e-mail:	NIE MA KONIECZNOŚCI

ADRES KORESPONDENCYJNY Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	} WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY ADRES DO KORESPONDENCJI JEST INNY NIŻ ZAMIESZKANIA
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	

Wniosek

Ulica:	} WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY ADRES DO KORESPONDENCJI JEST INNY NIŻ ZAMIESZKANIA
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	} WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ JEST NIEPEŁNOLETNIE DZIECKO LUB OSOBA UBEZWŁASNOWOLNIONA
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	} WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ JEST NIEPEŁNOLETNIE DZIECKO LUB OSOBA UBEZWŁASNOWOLNIONA
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

Wniosek

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stoień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<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
Rodzaj niepełnosprawności:	<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
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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

**WSZYSTKIE DANE
W FORMULE „STOPIEŃ
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
” NALEŻY WYPEŁNIĆ
Z ORZECZENIA O
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
DOŁĄCZONEGO DO
WNIOSKU**

Wniosek

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

 indywidualne wspólneŚredni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: **KWOTA**

OPODATKOWANE
DOCHODY KAŻDEGO
CZŁONKA RODZINY
NALEŻY DODAC, ICH SUMĘ
PODZIELIĆ PRZEZ LICZBĘ
MIESIĘCY,
W KTÓRYCH ZOSTAŁY
ONE OSIĄGNIĘTE
A NASTĘPNIE PODZIELIĆ
PRZEZ LICZBĘ OSÓB
W RODZINIE

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: w tym liczba osób niepełnosprawnych: : **NALEŻY WPISAĆ LICZBĘ OSÓB BRANYCH POD UWAGĘ DO WSPÓLNEGO DOCHODU Z WNIOSKODAWCĄ****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
NAZWA ZADANIA W RAMACH KTÓREGO REALIZOWANE BYŁO DOFINANSOWANIE	NUMER UMOWY	DATA ZAWARCIA UMOWY	KWOTA PRYZNANA	KWOTA WYPŁACONA

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**PRZEDMIOT WNIOSKU**

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	NAZWA PRZEDMIOTU Z FAKTURY PRO-FORMA/ WSTĘPNEJ WYCENY
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	KWOTA BRUTTO Z FAKTURY PRO-FORMA/ WSTĘPNEJ WYCENY (100%)
Słownie:	SŁWONIE KWOTA WPISANA POWYŻEJ
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	KWOTA WNIOSKOWANA
Słownie:	SŁWONIE KWOTA WPISANA POWYŻEJ
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	% KWOTY WNIOSKOWANEJ W STOSUNKU DO WARTOŚCI SPRZĘTU
Deklarowane środki własne:	MINIMALNY UDZIAŁ WŁASNY TO 5% WARTOŚCI BRUTTO SPRZĘTU
Inne źródła finansowania:	WPISAC NAZWĘ I KWOTĘ JEŚLI TAKIE ISTNIEJĄ
Cel dofinansowania i uzasadnienie:	ZAKUP „NAZWA SPRZĘTU”

Wniosek

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

Nazwa pola	Wartość
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	ZAKUP ... (NAZWA SPRZĘTU)
Miejsce realizacji zadania:	ADRES POD KTÓRYM SPRZĘT BĘDZIE UŻYTKOWANY
Termin rozpoczęcia:	PRZEWIDYWANY TERMIN PLANOWANEGO ZAKUPU
Przewidywany czas realizacji:	OK MIESIĄCA

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

OPISAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	DANE WNIOSKODAWCY, NA KTÓRE BĘDZIE PRZELANE DOFINANSOWANIE
Nr rachunku bankowego:	

W PRZYPADKU, GDY WŁAŚCIELEM KONTA, NA KTÓRE BĘDZIE PRZEKAZANE DOFINANSOWANIE JEST INNA OSOBA NIŻ WNIOSKODAWCA, WPISUJEMY W FORMULE „WŁAŚCICIEL KONTA (IMIĘ I NAZWISKO)” IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCIELA KONTA, STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA Z WNIOSKODAWCĄ ORAZ ADRES ZAMIESZKANIA.

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?

ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE

Wniosek

OŚWIADCZENIE

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 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.

Oświadczam że zapoznałem (am) się z treścią Klauzuli RODO. Klauzula RODO.

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.
Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Wniosek

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista