


|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Data wpływu:</b> .....         | <br>Państwowy Fundusz<br>Rehabilitacji Osób<br>Niepełnosprawnych |
| <b>Nr wniosku (sprawy):</b> ..... |   |

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola  | Wartość   |
|---|---|
| <b>Imię:</b>  |   |
| <b>Drugie imię:</b>                                   |   |
| <b>Nazwisko:</b>                                      |   |
| <b>PESEL:</b>   |   |
| <b>Data urodzenia:</b>                                |   |
| <b>Seria i numer dowodu osobistego, wydany przez:</b> |   |
| <b>Płeć:</b>  | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

| Nazwa pola           | Wartość |
|----------------------|---------|
| <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<br><input type="checkbox"/> wieś |
| <b>Nr telefonu:</b>         |  |
| <b>Adres e-mail:</b>        |  |

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola           | Wartość |
|----------------------|---------|
| <b>Miejscowość:</b>  |         |
| <b>Ulica:</b>        |         |
| <b>Nr domu:</b>      |         |
| <b>Nr lokalu:</b>    |         |
| <b>Kod pocztowy:</b> |         |
| <b>Poczta:</b>       |         |

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

| 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 |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

| Nazwa pola          | Wartość |
|---------------------|---------|
| <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<br><input type="checkbox"/> wieś |

### OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

Przedstawicielem ustawowym: .....

Opiekunem prawnym: .....

| Nazwa pola                             | Wartość |
|--|---------|
| <b>Postanowieniem Sądu Rejonowego:</b> |         |
| <b>Z dnia:</b>                         |         |
| <b>Sygnatura akt:</b>                  |         |

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

| Nazwa pola              | Wartość |
|-------------------------|---------|
| <b>Imię i nazwisko:</b> |         |
| <b>Z dnia:</b>          |         |
| <b>Repetitorium nr:</b> |         |

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola  | Wartość  |
|---|--|
| <b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Stopień niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| <b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>                  | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....  |
| <b>Numer orzeczenia:</b>  |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupa inwalidzka:</b>   | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy  |
| <b>Niezdolność:</b>  | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |
| <b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne .....<br><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<br><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: .....

**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: |         |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Deklarowane środki własne:</b> |  |
| <b>Inne źródła finansowania:</b>  |  |
| <b>Uzasadnienie:</b>              | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

### 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, adres):</b> |         |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Nazwa banku:</b>           |  |
| <b>Nr rachunku bankowego:</b> |  |

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? .....

### 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. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - 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 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

| Miejscowość | Data  | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|-------|---------------------|
| .....       | ..... | .....               |

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik   |
|-----|--|
| 1)  | orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub niepełnosprawności albo równoważne (zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych dz. u. z 2020 r. poz. 426, 568, 875),  |
| 2)  | oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach – załącznik nr 1,  |
| 3)  | dokumenty potwierdzające dochód netto Wnioskodawcy oraz osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (3 miesiące wstecz) np. odcinki od renty/emerytury, kserokopia wyciągów bankowych, zaświadczenie o wysokości netto renty, emerytury, wynagrodzenia za pracę itp., |
| 4)  | aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności jeżeli nie jest on określony w orzeczeniu oraz o konieczności posiadania/użytkowania wnioskowanego przedmiotu/sprzętu,  |

Wniosek

, Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier technicznych

|    |  |
|----|--|
| 5) | 3 oferty cenowe wnioskowanego przedmiotu/sprzętu,  |
| 6) | informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla Wnioskodawcy oraz pozostałych pełnoletnich osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe z Wnioskodawcą (każda osoba pełnoletnia wypełnia oddzielnie) – załącznik nr 2, |
| 7) | dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny.  |

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|-----|------|
|     |      |
|     |      |
|     |      |
|     |      |
|     |      |
|     |      |
|     |      |

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

| Lp. | Lista  |
|-----|--|
| 1)  | oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach – załącznik nr 1,  |
| 2)  | informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla Wnioskodawcy oraz pozostałych pełnoletnich osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe z Wnioskodawcą (każda osoba pełnoletnia wypełnia oddzielnie) – załącznik nr 2. |



**OŚWIADCZENIE**  
**Wnioskodawcy o dochodach**

Dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Golubiu-Dobrzyniu – w celu realizacji dofinansowania ze środków PFRON.

Ja niżej podpisany(a) .....  
imię i nazwisko

zamieszkały(a): ..... ulica .....  
nr domu ..... nr mieszkania ..... oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

| Lp. | imię i nazwisko | data urodzenia | stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą | średni dochód miesięczny netto |
|-----|-----------------|----------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| 1.  |                 |                |                                      |                                |
| 2.  |                 |                |                                      |                                |
| 3.  |                 |                |                                      |                                |
| 4.  |                 |                |                                      |                                |
| 5.  |                 |                |                                      |                                |
| 6.  |                 |                |                                      |                                |
|     |                 |                | razem                                |                                |

Dochód netto przypadający na osobę w mojej rodzinie obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł .....

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PFRON dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.) oraz z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).**

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., data .....  
miejsowość ..... podpis Wnioskodawcy

**Informacje o przetwarzaniu danych osobowych  
(Wnioskujący o dofinansowanie ze środków PFRON na zadania z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych)**

1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Golubiu - Dobrzyniu z siedzibą w Golubiu - Dobrzyniu ul. Doktora Jerzego Gerarda Koppa 1, 87 - 400 Golub – Dobrzyń- tel.: 56 683 54 76, kom.: 784 301 266, e-mail: [pcpr@golub-dobrzyn.com.pl](mailto:pcpr@golub-dobrzyn.com.pl).
2. Państwa dane będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze na podstawie art. 6 ust.1 litera c RODO oraz 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 i aktów wykonawczych do ustawy**, związanym z przyznaniem dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych (oraz ich napraw), zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu.
3. Podanie danych jest wymogiem ustawowym i niezbędnym w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie, niepodanie danych może skutkować odmową realizacji dofinansowania.
4. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, oraz prawo ograniczenia ich przetwarzania.
5. Mają Państwo prawo złożenia skargi na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Dane mogą być udostępniane przez Administratora danych podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa, m in. zostaną udostępnione do PFRON, który przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
7. Został wyznaczony Inspektor ochrony danych, z którym można kontaktować się poprzez adres e-mail: [iod@golub-dobrzyn.com.pl](mailto:iod@golub-dobrzyn.com.pl).
8. Pana/Pani dane od momentu pozyskania będą przechowywane przez okres wynikający z regulacji prawnych- kategorii archiwalnej dokumentacji, określonej w jednolitym rzeczowym wykazie akt dla naszej Jednostki.
9. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

.....  
data i podpis osoby zapoznającej się z klauzulą informacyjną RODO