………………/................. ……………………………………

numer kolejny wniosku data wpływu wniosku

**W N I O S E K**

***o dofinansowanie ze środków***

***Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych***

***likwidacji barier w komunikowaniu się***

**uzasadnionych potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności**

**A. Dane dotyczące Wnioskodawcy –** dotyczy osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko……………………………………………...syn/córka………………………………

Dowód osobisty: seria……nr………………wydany w dniu…………przez…………………………

Nr PESEL………………….......…...... Nr telefonu…………...............................................................

Adres zamieszkania : Nr kodu………………….Gmina………………………….…………………...

Miejscowość………………………….ulica…………………………..nr domu……nr lokalu……...

Nazwa banku i numer rachunku bankowego ( w przypadku posiadania )………………..……………………

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

**Cel dofinansowania zadania**  (podać nazwę urządzenia / sprzętu / przedmiotu / lub innej potrzeby wynikającej z niepełnosprawności - montaż / rodzaj usługi / rodzaj potrzeby )

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**B. I N F O R M A C J E O W N I O S K O D A W C Y**

**I . Stopień niepełnosprawności \***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Znaczny |  |
|  | Inwalidzi I grupy |  |
|  | Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji |  |
|  | Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny |  |
|  | Osoby w wieku do 16 lat |  |
| 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 |  |

Strona 1 z 5

**II. Rodzaj niepełnosprawności \***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk |  |
| 2. | Inna dysfunkcja narządu ruchu |  |
| 3. | Dysfunkcja narządu wzroku |  |
| 4. | Dysfunkcja narządów słuchu i mowy |  |
| 5. | Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) |  |
| 6. | Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |  |

**III. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Zatrudniony \*/ prowadzący działalność gospodarczą\* |  |
| 2. | Osoba w wieku od 18 lat 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 18 roku życia |  |

**IV. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Zamieszkuje samotnie |  |
| 2. | Zamieszkuje z rodziną |  |
| 3. | Zamieszkuje z osobami nie spokrewnionymi |  |

* - wstawić x we właściwej rubryce

C. Koszt realizacji zadania

|  |  |
| --- | --- |
| Koszt ogólny sprzętu: (100% wartości)  ……………………………………………… | Deklarowane własne środki: (min 5 % wartości)  ………………………………………………. |
| Inne źródła finansowania udokumentowane:  …………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………… | |
| Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: (max 95 % wartości)  …………………………………………………………………………………...……………zł.  Kwota słownie:………………………………………………………………………..………zł. | |

Oświadczam, że zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem/kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

Strona 2 z 5

* + 1. Krótkie uzasadnienie składanego wniosku /cel działań: aktywizacja zawodowa lub społeczna, która będzie zrealizowana dzięki pomocy udzielonej   
       w ramach dofinansowania:
       - cel likwidacji barier w komunikowaniu się
       - miejsce realizacji zadania, czy posiada już taki sprzęt,

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………...…………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**II. Przewidywany koszt realizacji zadania**

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania i orientacyjny koszt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **N a z w a** | **Orientacyjny koszt** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| Łącznie koszt zadania (100 %) | |  |
| **Łącznie kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (** max do 95% ) | |  |

Strona 3 z 5

## III. OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, że **średni miesięczny dochód rodziny**, *w rozumieniu przepisów   
o świadczeniach rodzinnych*, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**:

wynosił……………………………….………………………………………………….…………zł

słownie: ................................................................................................................

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

IV. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie z PFRON | | | | TAK | NIE |
| Nr umowy i data zawarcia | Kwota | Cel | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| Razem: |  | Razem kwota rozliczona | |  | |

Oświadczenie składam świadoma/y odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z prawdą.

Oświadczam, że posiadam środki finansowe jako udział własny w wysokości min 5% wartości wnioskowanego zadania.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

……………………………………………………

Podpis wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,

Opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*,

**\*-podkreślić odpowiednio**

Strona 4 z 5

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

Imię i nazwisko……………………………………………...

Dowód osobisty: seria……nr………………wydany w dniu…………przez…………………………

Nr PESEL………………….......…Nr NIP………………………………Nr telefonu…………..........

.Adres zamieszkania stałego: Nr kodu………………….Gmina……………………………………...

Miejscowość………………………….ulica…………………………..nr domu……nr lokalu……...

Nazwa banku i numer rachunku bankowego………………………………………………………….

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności wnioskodawcy.
2. Aktualne zaświadczenie lekarza, zawierające informację o rodzaju posiadanej

niepełnosprawności, i uzasadnienie indywidualnej potrzeby posiadania wnioskowanego

urządzenia/sprzętu/wyposażenia oraz cel jakiemu ma służyć - druk w załączeniu.

1. Oferty cenowe.
2. Zaświadczenie z urzędu pracy potwierdzające status osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy.
3. Inne dokumenty - wymagane przy rozpatrywaniu wniosku, takie jak:

* zaświadczenie (*opinia*) psychologa z poradni psychologiczno-pedagogicznej,
* zaświadczenie (*opinia*) pedagoga szkolnego, wychowawcy (*szkoły*) uzasadniające dofinansowanie.

1. Zaświadczenie ze szkoły, uczelni potwierdzające statut ucznia, studenta (*w przypadku takich osób)*.
2. Zaświadczenie o zameldowaniu.
3. Inne dokumenty uzupełniające, wymagane w trakcie rozpatrywania wniosku.

Strona 5 z 5

**Załącznik nr 1**

do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

likwidacji barier w komunikowaniu się, uzasadnione data……………………………

potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

*Wydane dla potrzeb PFRON*

*w celu dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się*

Imię i nazwisk pacjenta………………………………………………………….………

Data urodzenia………………………………………………………………………….

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej…………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub

orzeczenia o stopniu niepełnosprawności………………………………………….……

…………………………………………………………………………………….……

………………………………………………………………………………………….

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące……..………...

……………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualnie potrzeby w tym zakresie………………………...…………………………………………………... …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5. Pacjent może/ nie może poruszać się na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym

uzasadnienie innej potrzeby………………………………………………………….….

…………………………………………………………………………………...…..…….

6. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe);

* narząd ruchu, w zakresie……………………………………………………………………………...
* brak obu kończyn górnych
* znaczny niedowład obu kończyn górnych
* jednoczesnej dysfunkcji kończyny dolnej i górnej
* jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych
* jednoczesnej dysfunkcji kończyn górnych i dolnych
* inne schorzenie

7. Uzasadnienie indywidualnej potrzeby / cel jakiemu ma służyć wnioskowane urządzenie, sprzęt, wyposażenia – **podać nazwę urządzenia/sprzętu/przedmiotu**

…………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………….………

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

**pieczątka i podpis lekarza**

Zgodnie z § 6 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926) – o dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art.13 ust. 1, 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE L z 2016 r. Nr 119, s.1) - dalej RODO, informujemy, że:

1. **Administratorem Pani/Pana danych osobowych** jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie   
   z siedzibą w Opolu przy ul. Książąt Opolskich 27 w 45 – 005 Opole tel. 77 4420504   
   Fax 774410505; e-mail: [**pcpropole@pcpropole.pl**](mailto:pcpropole@pcpropole.pl)**,** zwany dalej Administratorem.
2. **Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony danych Osobowych,** z którym można skontaktować się w sprawach związanych z ochroną swoich danych osobowych:   
   - adres poczty elektronicznej: e-mail: [krzysztofalex@o2.pl](mailto:krzysztofalex@o2.pl) lub pisemnie na adres naszej siedziby.
3. **Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu** realizacji przez Administratora zadań,   
   w szczególności w zakresie dofinansowanie ze środków PFRON, wynikających z przepisu prawa,   
   w tym przepisów szczegółowych określających zadania statutowe - **na podstawie**  ***art. 6 ust 1 e*** ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. – RODO.
4. **Odbiorcą Państwa danych będą:**

- organy uprawnione do dostępu do danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

5. **Państwa osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.**

6. **Państwa dane osobowe będą przechowywane** przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane i przetwarzane. Mogą być usunięte po upływie okresu określonego dla danej kategorii dokumentacji okresu przechowywania, w zależności od kategorii archiwalnej danej sprawy, zgodnie z przepisami określonymi w ustawie z dnia 14 lipca 1983 r.   
o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2018 r., poz. 217) oraz w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U. z 2011 r. Nr 14 poz.67).

7**.** **W związku z przetwarzaniem danych osobowych Pani/Pana lub innej osoby, której dotyczy** **dofinansowanie ze środków PFRON, przysługuje**  prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo do sprostowania usunięcia (prawo do bycia zapomnianym), ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych do innego administratora, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

W przypadku przetwarzania Pani/Pana danych na podstawie zgody, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody w dowolnym momencie nie ma wpływu   
na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

1. **Mają Państwo prawo wniesienia skargi** do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
2. **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych** **lub innej osoby której dotyczy dofinansowanie ze środków PFRON jest dobrowolne**, lecz niezbędne w celu realizacji zadań związanych   
   z dofinansowaniem ze środków PFRON.

W przypadku nie podania przez Panią/Pana swoich danych osobowych, nie będziemy mogli zrealizować celu zadania ustawowego, co może skutkować konsekwencjami przewidzianymi przepisami prawa.

10.**Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.**

**Zapoznałam/em się:**

……………………………………........................................……….

*(data, podpis osoby, której dane dotyczą)*