

...../BK/2020/98/2020

nr kolejny wniosku powiat rok złożenia wniosku

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu wniosku (dzień, miesiąc, rok)

WNIOSEK

**o dofinansowanie*/ sfinansowanie* zakupu urządzeń (wraz z montażem)
lub wykonania usług* z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się**

***UWAGA ! Przed wypełnieniem wniosku, proszę zapoznać się z zasadami
i procedurami udzielania osobie fizycznej dofinansowania ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na
likwidację***

A. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (proszę wypełnić drukowanymi literami)

..... syn/ córka
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria nr..... wydany w dniu przez.....
dowód osobisty

nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica..... nr domu.....nr lokalu.....

nr kodu.....-..... poczta..... powiat

województwo..... nr tel./ faxu (z nr kier.).....

Proszę o dofinansowanie*/ sfinansowanie*
należy podać nazwę urządzenia (ew. montaż) rodzaj usługi

.....
.....

w łącznej wysokości zł.

słownie :zł.

co stanowi% ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z
innych źródeł.

***W przypadku ubiegania się o dofinansowanie, 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***

źródła, a przyznana ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, kwotą dofinansowania.

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku

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

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

I. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPOWIEDNIK ¹

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 lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
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	

II. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ¹

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 narządu słuchu	
5. Dysfunkcja narządu mowy	
6. Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

¹ - wstawić X we właściwej rubryce

*- niepotrzebne skreślić

III. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z
WNIOSKODAWCĄ (W TYM OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE)

Imię i nazwisko- pokrewieństwo	Niepełnosprawność		Dochód miesięczny brutto (zł.)
	stopień ²	rodzaj ³	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

IV. SYTUACJA ZAWODOWA ¹

1. Zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. Osoba w wieku od lat 18 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 lat 18	

V. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

1. Na likwidację barier w komunikowaniu się :	
1.1. nie wykorzystałem	
1.2. korzystałem (w tym ze środków przyznanych przez WOZiRON)	
a) przedmiot dofinansowania.....	
b) data otrzymania dofinansowania.....	
c) kwota dofinansowania (zł.).....	
2. Korzystałem, na inne cele ustawowe i rozliczyłem się	
3. Korzystałem, na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczania się	
4. Korzystałem i nie rozliczyłem się	

VII. INFORMACJA O EWENTUALNYM DOFINANSOWANIU Z INNYCH ŹRÓDEŁ,
PRZEZNACZONYM NA TEN SAM CEL

.....

² - proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.

³ - proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy II.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2, i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz.U. nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach, zaistniałych po złożeniu wniosku, zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....
(podpis Wnioskodawcy*/ Przedstawiciela
ustawowego*/ Opiekuna prawnego*/
Pełnomocnika*)

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY),
OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK**

..... syn/ córka
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria nr..... wydany w dniu przez.....
dowód osobisty

nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica..... nr domu.....nr lokalu.....

nr kodu.....-..... poczta..... powiat

województwo..... nr tel./ faxu (z nr kier.).....

ustanowiony opiekunem*/ pełnomocnikiem*
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... sygn. akt*/ na mocy
pełnomocni-ctwa potwierdzonego przez Notariusza..... z
dnia.....repet.nr.....)

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU :

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu.
4. Zaświadczenie*/ oświadczenie* o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkających wspólnie z Wnioskodawcą.
5. Zaświadczenie Kierownika Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym, w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
6. Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania.
7. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują.
8. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.

ADNOTACJE PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

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

I. OCENA ZASADNOŚCI WNIOSKU

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

.....
(data i podpis)

II. OPINIA KOMISJI DS. OPINIOWANIA WNIOSKÓW O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

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

.....
(data)

.....
.....
.....
(podpisy)

III. DECYZJA O PRYZNANIU DOFINANSOWANIA

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

.....
(data i podpis)

Imię i nazwisko.....

Adres:

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Nr

Województwo/Gmina

Oświadczenie

Oświadczam, że na dochód – w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszonych o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych w naszej rodzinie prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe składają się:

Lp.	Źródło dochodu:	Wysokość:
1.	Wynagrodzenie z tytułu pracy (w tym z umowy zlecenie, o dzieło itp.)	
	- wnioskodawcy	
	- współmałżonka	
	- innych	
2.	Emerytura, renta	
3.	Zasiłki:	
	- rodzinne	
	- pielęgnacyjne	
	- inne	
4.	Alimenty:	
	- alimenty otrzymywane	
	- alimenty płatne na zewnątrz	
5.	Dochody z działalności gospodarczej	
6.	Dochody z gospodarstwa rolnego	
7.	Dochody uzyskiwane z majątku (np. dzierżawa, wynajem i inne)	
8.	Inne	

***Pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233KK
potwierdzam prawdziwość złożonego oświadczenia***

.....
(nazwisko, imię, stanowisko pracownika
przyjmującego oświadczenie oraz jego podpis)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

Łódź.....

data (dzień – miesiąc - rok)

Art. 233 Kodeksu Karnego

§1 Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat pięciu.

§11 Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie działając w zakresie swych uprawnień uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres

Do administratora danych

Oświadczenie

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie wszelkich danych uzyskanych przez administratora danych osobowych dotyczących mojej osoby, w tym również danych dotyczących informacji opisanych w art., 27 ust. 1 Ustawy o Ochronie Danych Osobowych z dnia 10 maja 2018 roku (t. j. Dz.U. z 2019r. poz.1781.), w związku z ubieganiem się o świadczenia ze środków PFRON.

.....
(za zgodność podpis)

.....
(podpis)

Imię i nazwisko

data

.....

pesel

.....

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o dofinansowanie w procesie realizacji przedmiotowego zadania.

1. Przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji wniosku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 dyrektyw 95-46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1) oraz ustaw wynikających z realizacji zadań PCPR.
2. Moje dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z instrukcji kancelaryjnej.

Podpis wnioskodawcy / pełnomocnika

.....

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych jest:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

Al. Piłsudskiego 133 d, lok. 214

92-318 Łódź

2. Inspektorem Danych Osobowych jest:

Beata Grzesiak – Młynarczyk

42 676 34 87

beata.grzesiak@lodzkiwschodni.pl

3. Osoba, która powierzyła swoje dane osobowe PCPR posiada prawo do: dostępu treści swoich danych i ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia, przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie.
4. Osoba, której PCPR powierza dane osobowe ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych naruszyłoby przepis ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
5. Podanie danych osobowych jest obowiązkiem osoby ubiegającej się o pomoc w PCPR, konsekwencją nie podania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia i udzielenia ewentualnej przysługującej pomocy.