



PCPR - ZOAR - 404 - ...../.....  
nr kolejny wniosku data złożenia wniosku

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**  
**likwidacji barier w komunikowaniu**

**1. Dane dotyczące Wnioskodawcy** (proszę wypełnić drukowanymi literami )

Imię i nazwisko: ..... nr PESEL .....

Zamieszkały(a) miejscowość .....

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

nr kodu..... poczta .....

[ ] wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. nr telefonu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu w celu kontaktowania się ze mną w sprawach związanych z dofinansowaniem do likwidacji barier w komunikowaniu : Numer telefonu: .....

**Przedstawiciel ustawowy** (opiekun prawny lub pełnomocnik)

[ ] wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. numer telefonu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu w celu kontaktowania się ze mną w sprawach związanych z dofinansowaniem do likwidacji barier w komunikowaniu dla podopiecznego/dziecka.

Imię i nazwisko:..... Numer telefonu: .....

Zamieszkały(a) miejscowość .....

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

nr kodu ..... poczta .....

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem .....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ....sygn. akt\*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....z dn. .... repet nr ..... )

**2. 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 wspólnie zamieszkałych wynosi: .....

Sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

$$= \frac{\text{łączny średni miesięczny dochód wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym}}$$

**3. Nazwa banku i numer rachunku bankowego**

<b>Nazwa banku</b>	<b>Numer rachunku bankowego</b>

4. **Przedmiot dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu** (proszę przedstawić opis, co dla osoby niepełnosprawnej stanowi barierę oraz nazwę urządzenia lub sprzętu o jaki będzie się ubiegać)

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

5. **Miejsce realizacji zadania i cel likwidacji barier w komunikowaniu** (proszę podać w jaki sposób przedmiot dofinansowania określony powyżej usprawni Wnioskodawcy samodzielne lub sprawniejsze funkcjonowanie, przyczyni się do poprawy w komunikowaniu się) – **opisać**

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

6. **Czy posiada Pan/Pani sprzęt komputerowy?**

TAK

NIE

Jeśli tak to jaki: .....

7. **Przewidywany koszt realizacji zadania:**

Cyframi:.....

Słownie:.....

8. **Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:**

Cyframi:.....

Słownie:.....

9. **Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:**

.....

10. **Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania (proszę podać kwotę oraz źródło finansowania)**

.....Zł ( słownie:.....)

.....

11. **Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.**

.....

.....

12. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia.

L.p.	Numer umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Cel przyznanego dofinansowania	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia dofinansowania
1.					
2.					
3.					
4.					

13. Uzasadnienie wniosku (podać w jaki sposób przedmiot dofinansowania określony powyżej usprawni Wnioskodawcy samodzielne lub sprawniejsze funkcjonowanie):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenia niezbędnych kontroli w ramach realizacji wniosku i umowy.

**Załączniki do wniosku:**

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie wg wzoru,
2. **Kopia orzeczenia o niepełnosprawności** lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (**oryginał do wglądu**).
3. Faktura pro-forma na wnioskowane urządzenie lub sprzęt,
4. W przypadku, kiedy wniosek składany jest przez pełnomocnika, opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego, przyjęcie kopii postanowienia Sądu Rejonowego lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza (oryginały do wglądu),
5. W przypadku, kiedy osoba niepełnosprawna składająca wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON nie może podpisać się na wniosku (lecz mogąca czytać), wtedy należy dołączyć do wniosku:
  - a. kopię dowodu osobistego Wnioskodawcy (oryginał do wglądu),
  - b. odcisk atramentowy palca Wnioskodawcy stawianego w miejscu podpisu,
  - c. czytelny podpis pod odciskiem Wnioskodawcy, złożony przez osobę, która potwierdza że jest to odcisk Wnioskodawcy.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikającej z Kodeksu Karnego (Dz. U. Nr 88 poz. 553 ze zm.) **O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.**

Wałbrzych dnia.....

.....  
*Podpis osoby niepełnosprawnej  
lub imię i nazwisko opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego*

Data .....

.....  
(podpis osoby przyjmującej wniosek)

## **Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO)

Informujemy, że:

1. Administratorem danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu z siedzibą przy Al. Wyzwolenia 20-24, 58-300 Wałbrzych.
2. Podane dane są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz art. 9 ust. 2 lit. b) RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, które wynikają z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i 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 (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 926 ze zm.).
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu udzielenia dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier w komunikowaniu się.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
5. W przypadku przetwarzania danych na podstawie udzielonej zgody, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Pani/Pana dane osobowe będą udostępnione Starostwu Powiatowemu.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą podległy profilowaniu.
8. Podanie danych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się, nie jest obowiązkowe, ale jest warunkiem niezbędnym do rozpatrzenia Pani/Pana wniosku. Wynika to stąd, że Administrator może żądać ich podania na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz wydanych do niej przepisów wykonawczych. Podanie danych na podstawie udzielonej zgody jest dobrowolne i ich niepodanie nie ma wpływu na rozpatrzenie Pani/Pana wniosku o udzielenie dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu.
9. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z Zarządzeniem Dyrektora nr 35 z dnia 14 grudnia 2010 r.
11. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych u Administratora:  
Adres e-mail: [iod@pcpr.walbrzych.pl](mailto:iod@pcpr.walbrzych.pl)  
Nr telefonu: 698 054 582  
Adres do korespondencji: Al. Wyzwolenia 20 – 24, 58 – 300 Wałbrzych.

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....  
(data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb PCPR w związku z ubieganiem się  
o dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu

Imię i nazwisko.....

zamieszkała (y).....

PESEL.....

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy:		
<input type="checkbox"/>	Narząd ruchu w zakresie..... .....	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od: .....	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się: .....	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji kończyny górnej i kończyny dolnej	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji kończyn górnych i kończyn dolnych	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu wzroku, w zakresie..... .....	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia: ..... .....	pieczęćka, nr i podpis lekarza

**Używane na co dzień zaopatrzenie ortopedyczne:**

<input type="checkbox"/>	Wózek inwalidzki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Balkonik	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Kule	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne specjalistyczne oprzyrządowanie: ..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza