…… Nr wniosku: ……
(data wpływu wniosku) *(wypełnia PCPR w Lublińcu)*

WNIOSEK

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

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu

1. Dane dotyczące Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko: …… PESEL: ……

Nr telefonu: …….. adres e-mail ……

Adres zamieszkania: ……..

Rachunek bankowy, na który ma zostać przekazane dofinansowanie:

……..
(imię i nazwisko oraz adres zamieszkania właściciela rachunku)

……..
(nazwa banku i numer rachunku bankowego)

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

Imię i nazwisko: ……..... PESEL: ……

Nr telefonu: …….. adres e-mail ……

Adres zamieszkania: ……..

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem* ……

(postanowienie Sądu Rejonowego z dn. ……..... sygn. akt ……..

lub na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ……

z dn. …… Repet. nr……)

2. Oświadczenie o wysokości dochodów:

Uwaga: *przeciętny miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, to dochód pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek.*

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi: …….. zł.

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

3. **Informacja o dotychczasowym korzystaniu ze środków PFRON** *(dot. dofinansowania otrzymanego na podstawie zawartych umów)***:**

L.p.	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Cel dofinansowania	Kwota	Stan rozliczenia
1.					
2.					
3.					
4.					
			Razem		

4. **Przedmiot dofinansowania** *(należy podać nazwę sprzętu/urządzenia)***:**

……

……

Przewidywany łączny koszt przedsięwzięcia: ……..... zł

Wnioskowana wysokość dofinansowania: …… zł co stanowi …… % ceny brutto *(nie więcej niż 95% kosztów przedsięwzięcia).*

Oświadczam, że posiadam środki własne w wysokości: …….. zł na pokrycie co najmniej 5% kosztów realizacji zdania.

Inne źródła finansowania *(deklarowany udział sponsora)*: ……..... zł …….. %

5. **Miejsce realizacji i cel likwidacji barier w komunikowaniu się** *(własne uzasadnienie)***:**

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

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

   data rozpoczęcia: …….. data zakończenia: ……..

7. **Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację ww. zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek:** …….. **zł.**
   Dotychczasowe źródła finansowania: ……..

Uwaga: dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu. Dofinansowanie nie obejmuje kosztów zakupów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych ze środków Funduszu i przed zawarciem umowy o dofinansowanie z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu.

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.

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1, § 2 Kodeksu Karnego za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach do niniejszego wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczam, że w przypadku otrzymania w br. przez Powiat dodatkowych środków finansowych z PFRON, wyrażam zgodę na przekazanie informacji pod nr telefonu lub adres e-mail wskazany we wniosku. Przyjmuję do wiadomości, że w tym wypadku wymagana jest pisemna zgoda wraz z aktualizacją wniosku.

……	……
(miejscowość, data)	***(czytelny podpis Wnioskodawcy/ pełnomocnika/ przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)***

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność *(oryginał do wglądu)*.
2. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku).*
3. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych *(sporządzona wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku).*
4. Dokument stanowiący podstawę informacji o innych źródłach finansowania *(deklarowany udział sponsora)*.
5. Dokumenty potwierdzające prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej *(opiekun prawny, pełnomocnik)*.

Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu

Decyzja o przyznaniu dofinansowania z dnia ……..

W dniu …… została zawarta umowa nr PFRON …… o dofinansowanie ze środków PFRON przyznanych Powiatowi Lublinieckiemu zakupu urządzeń z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się.

Adnotacje PCPR:

Załącznik nr 1 do wniosku

…… Miejscowość …….. data ……..

(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu celem ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ***likwidacji barier w komunikowaniu się***

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 ze zm.) **„O dofinansowanie ze środków Funduszu zadań, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, mogą ubiegać się - na likwidację barier w komunikowaniu się – osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności".**

Bariery w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.

1. Imię i nazwisko pacjenta ……..
2. Pesel ……..
3. Adres zamieszkania ……..

4. Czy istnieje konieczność realizacji zadania zmierzającego do usunięcia barier w komunikowaniu się, które umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji? *(właściwe zakreślić)*

   ☐ **Nie**

   ☐ **Tak**

posiadanie n/w sprzętu/urządzenia wpłynie na poprawę kontaktów z otoczeniem osoby niepełnosprawnej w następujący sposób:

……

(rodzaj sprzętu/urządzenia)

Uzasadnienie: ……

……

……

……..

(*pieczątka i podpis lekarza)*

Załącznik nr 2 do wniosku

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 ze zm.), dalej „RODO", informuję, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, którego siedziba mieści się w Lublińcu przy ul. Sobieskiego 9, 42-700 Lubliniec.

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu: ul. Sobieskiego 9, 42-700 Lubliniec, adres e-mail: iod@lubliniec.starostwo.gov.pl, tel. 530 035 528.

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w zakresie wskazanym w przepisach prawa (ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) odbywa się w celu związanym z przyznaniem dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się (art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w przypadku danych szczególnej kategorii art. 9 ust. 2 lit. b RODO).

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty uprawnione do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmioty wspierające nas w wypełnianiu naszych uprawnień i obowiązków takie jak np. Poczta Polska S. A. z siedzibą w Warszawie, podmioty świadczące usługi doręczania przy użyciu środków komunikacji elektronicznej, w tym m. in. ePUAP w związku z § 8 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 września 2011 r. w sprawie sporządzania i doręczania dokumentów elektronicznych oraz udostępnienia formularzy, wzorów i kopii dokumentów elektronicznych (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 180) oraz podmioty wspierające nas w świadczeniu naszych usług, w tym zapewniających asystę i wsparcie techniczne dla systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane Pani/Pana dane.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przechowywania danych określonych w instrukcji kancelaryjnej. Po upływie 10 lat akta podlegają brakowaniu, kategoria BE10.

Posiada Pani/Pan:
- na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących,
- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych,
- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO*.

Nie przysługuje Pani/Panu:
- w związku z art. 17 ust.3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
- prawo do przenoszenia danych osobowych, o których mowa w art. 20 RODO,
- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO.

Gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie wynikającym z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne, aby przyznać dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się.

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

*Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

……	**…….**
(data)	***(podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/pełnomocnika)***