

Numer sprawy PCPR.ON.4244. .202.....

Data wpływu wniosku do PCPR w Lubartowie

WNIOSEK

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

I Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej)

Imię i nazwisko.....

Drugie imię.....

Adres zamieszkania.....

Kod pocztowy.....

Nr PESEL..... Data urodzenia.....

nr telefonu.....Adres e-mail.....

Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku, gdy adres do korespondencji jest inny niż zamieszkania)

.....

II Stopień niepełnosprawności *

1.	znaczny	<input type="checkbox"/>
	inwalidzi I grupy	<input type="checkbox"/>
	osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/>
	osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	<input type="checkbox"/>
	dziecko do lat 16 z orzeczoną niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/>
2.	umiarkowany	<input type="checkbox"/>
	inwalidzi II grupy	<input type="checkbox"/>
	osoby całkowicie niezdolne do pracy	<input type="checkbox"/>
3.	lekki	<input type="checkbox"/>
	inwalidzi III grupy	<input type="checkbox"/>
	osoby częściowo niezdolne do pracy	<input type="checkbox"/>
	osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym nie przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	<input type="checkbox"/>
Ważność dokumentu <input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo do dnia		
Numer orzeczenia		

III Rodzaj niepełnosprawności*

01-U – upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/>
02-P – choroby psychiczne	<input type="checkbox"/>
03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/>
osoba głucha	<input type="checkbox"/>
osoba głuchoniema	<input type="checkbox"/>
04-O – choroby narządu wzroku	<input type="checkbox"/>
osoba niewidoma	<input type="checkbox"/>
osoba głuchoniewidoma	<input type="checkbox"/>
05-R – upośledzenie narządu ruchu	<input type="checkbox"/>
osoba porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/>
06-E – epilepsja	<input type="checkbox"/>
07-S – choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/>
08-T – choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/>
09-M – choroby układu moczowo-płciowego	<input type="checkbox"/>
10-N – choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/>
11-I – inne w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	<input type="checkbox"/>
12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe	<input type="checkbox"/>

IV Sytuacja zawodowa*

1. zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/>
2. osoba w wieku od 18 do 24 lat ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	<input type="checkbox"/>
3. bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy	<input type="checkbox"/>
4. rencista, emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	<input type="checkbox"/>
5. dzieci i młodzież do lat 18	<input type="checkbox"/>
6. inne.....	<input type="checkbox"/>

V Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Pokrewieństwo	Niepełnosprawność	
	stopień	rodzaj
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7		
8		

VI Korzystanie ze środków finansowych PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków finansowych PFRON*			
<input type="checkbox"/> tak		<input type="checkbox"/> nie	
Cel dofinansowania	Numer i data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

* wstawić X we właściwej rubryce

VII Cel dofinansowania i uzasadnienie:

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

VIII Przewidywany koszt realizacji zadania:

.....

IX Wysokość wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

.....zł (słownie:.....).

X Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:

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

XI Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier technicznych

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

XII Miejsce realizacji zadania:

.....

Załączniki do wniosku

Nazwa załącznika
Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu)
Klauzula informacyjna – na ustalonym druku
aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza specjalisty wystawione czytelnie i w języku polskim, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności – na ustalonym druku (ważne 6 m-c od daty wystawienia)
Oświadczenie wnioskodawcy – na ustalonym druku
Oświadczenie o stałym miejscu zamieszkania – na ustalonym druku
Oświadczenie Wnioskodawcy o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym innych osób niepełnosprawnych
W przypadku, gdy Wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio uwierzytelnione pełnomocnictwo lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (do wniosku należy dołączyć kserokopię – oryginał do wglądu)

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany/a

.....

zam.....

nr PESEL.....

uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, co następuje:

1. Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł:
Słownie:.....

2. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu lub wykonania usługi w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej.

3. Sprzęt, o który ubiegam się będzie stale użytkowany dla moich potrzeb, jako osoby niepełnosprawnej pod wyżej wymienionym adresem.

4. 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.

5. W ciągu 3 lat przed złożeniem tego wniosku nie uzyskałem/am dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier, o których mowa w niniejszym wniosku.

6. Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

7. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

8. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....

Miejscowość, data

.....

*Czytelny podpis wnioskodawcy
przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika*

Oświadczenie o stałym miejscu zamieszkania

Ja, niżej podpisana(y):.....

imię i nazwisko

nr PESEL.....

oświadczam, że mieszkam pod adresem:

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

nr kodu.....-.....poczta.....gmina.....

powiat.....

Oświadczam, że

uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy potwierdzam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Miejscowość, data

.....
*Czytelny podpis wnioskodawcy
przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika*

*Miejsce zamieszkania-należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu Cywilnego (art.25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

**Klauzula informacyjna
dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Informujemy, że przetwarzanie Państwa danych osobowych odbywa się na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 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 – RODO).

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie, reprezentowane przez Dyrektora PCPR (dalej Administrator danych) z siedzibą przy ul. Szaniawskiego 64, 21- 00 Lubartów, NIP 714-16-83-447 REGON 431030059.
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych (IOD), można się z nim kontaktować poprzez e-mail: iod@pcprlubartow.pl lub telefonicznie 81854 33 29.
3. Pani /Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, Pani/Pana dane osobowe zawarte we wniosku i załącznikach do niego będą przetwarzane w celu udzielenia dofinansowania, zawarcia umowy oraz w celu archiwalnym.
W przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku, Pani/Pana dane osobowe zawarte we wniosku i załącznikach do niego będą przetwarzane w celu archiwalnym.
Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie zawartych we wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON i załącznikach do wniosku lub umowie stanowi art. 6 ust. 1 lit. b) i lit. c) RODO.
4. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także wniesienia sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych jak również do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania skutkuje brakiem możliwości realizacji zadań placówki oraz podjęcia czynności w celu rozpatrzenia sprawy.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby upoważnione przez Administratora danych do przetwarzania danych osobowych, na podstawie upoważnienia lub umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, podmioty informatyczne i księgowe oraz podmioty uprawnione do tego przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu realizacji celu wskazanego w pkt 3, a następnie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności ze względu na cele archiwalne.
8. Pani/Pana dane nie będą podlegać automatycznym sposobom przetwarzania danych.
9. Administrator danych nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych poza obszar Unii Europejskiej.

Przyjmuję powyższe do wiadomości oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy, opiekuna prawnego,
pełnomocnika lub przedstawiciela ustawowego)

Proszę wypełnić w języku polskim
Zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności
Dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Rozpoznanie (w języku polskim).....

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu.....

Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności, choroby współistniejące, rokowania

.....

.....

.....

Sprawność kończyn górnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

kończyn dolnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

Trudności w poruszaniu się:

- porusza się samodzielnie
- wyłącznie z pomocą/osoba niewidoma
- z częściową pomocą/osoba niedowidząca
- na wózku inwalidzkim
- na wózku inwalidzkim w okresach zaostrzenia dolegliwości
- osoba leżąca

Zdolność zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych

- wymaga całkowitej obsługi i pielęgnacji opiekuna
- z pomocą opiekuna
- samodzielnie

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze

.....

.....

Osoba wymaga likwidacji barier technicznych*

- NIE**
- TAK**

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

* Bariery techniczne są to bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne. Likwidacja tej bariery powinna spowodować sprawniejsze działanie tej osoby w społeczeństwie i umożliwić jej funkcjonowanie w życiu codziennym.