(pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek)

……...
(data wpływu kompletnego wniosku)

PCPR.III.703.1* 2*. .2020.ZUW

(znak sprawy)

WNIOSEK

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

A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

……..……. syn/córka …….....
imię i nazwisko imię ojca

nr PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

miejscowość ……..

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

Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐ ..... powiat ……
(poczta)

województwo ……. Nr tel. ……..…/dobrowolnie/.

Proszę o dofinansowanie …….
(należy podać nazwę urządzenia)

……

…….....

w łącznej wysokości …… zł.

(słownie: ……..

co stanowi 95 % ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuje 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 Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku: ……

…….

…….

…….

…….

Informacje o Wnioskodawcy

I. Stopień niepełnosprawności **(zaznaczyć X)**

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. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim lub o kulach: 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	

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

Imię i nazwisko – pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto zł.
	stopień	rodzaj	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
		Razem	
		z czego na osobę	

IV. Średni miesięczny dochód miesięczny (netto) na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny /netto/ w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym

obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**, wynosi: .....zł.,**

V. Sytuacja zawodowa

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	

VI. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

	TAK lub NIE	Kwota i data
1. na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych		
a) nie korzystałem/am		
b) korzystałem/am (w tym ze środków przyznanych przez WOZiRON)		
c) przedmiot dofinansowania …….		
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem/am się		
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia		
4. korzystałem i nie rozliczyłem/am się		

Dodatkowe informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?				Tak: ☐	Nie: ☐
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczeni	Stan rozliczenia	Źródło */PFRON/*

Czy Wnioskodawca był stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy?: (wstaw X we właściwe miejsce)

Tak ☐ Nie ☐

VII. Informacje uzupełniające o Wnioskodawcy

Nazwa banku obsługującego Wnioskodawcę nr rachunku bankowego	

VIII. Miejsce realizacji zadania ……..

IX. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania ……...

…….

X. Informacja o innych źródłach finansowania zadania ……..

…….

XI. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc , w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania.

……

……

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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 oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PFRON, Realizatora programu tj. Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Staszowie przy ul. Szkolnej 4, 28-200 Staszów dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji programów.

Oświadczam, że zostałem/am

uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zapoznany z treścią art. 233 oraz pouczony o prawie odmowy zeznań i odpowiedzi na pytania.

Kodeks karny: art. 233. § 1.[271)] Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a.[272)] Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Kodeks postępowania administracyjnego: art. 83 § 1. Nikt nie ma prawa odmówić zeznań w charakterze świadka, z wyjątkiem małżonka strony, wstępnych, zstępnych i rodzeństwa strony oraz jej powinowatych pierwszego stopnia, jak również osób pozostających ze stroną w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli. Prawo odmowy zeznań trwa także po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.

§ 2. Świadek może odmówić odpowiedzi na pytania, gdy odpowiedź mogłaby narazić jego lub jego bliskich wymienionych w § 1 na odpowiedzialność karną, hańbę lub bezpośrednią szkodę majątkową albo spowodować naruszenie obowiązku zachowania prawnie chronionej tajemnicy zawodowej.

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

…….. ……

Czytelny podpis osoby oświadczającej/Wnioskodawcy Potwierdzam otrzymanie pouczenia

Przedstawiciela ustawowego*, Opiekuna prawnego*, Pełnomocnika /

Data ……2020r.

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

……..……..……. syn/córka …….....

imię i nazwisko imię ojca

nr PESEL | | | | | | | | | | | |

miejscowość …….. ulica ……

nr domu …..…… nr lokalu ……..…… Kod pocztowy □□-□□□.....

(poczta)

powiat …… województwo …….

Nr tel. ……/dobrowolnie/

Ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem* ……

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ……. sygn.akt*/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza …… z dn. ……. Repet nr …….)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art.1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 roku poz. 1172)
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. /Do wglądu/ zaświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
5. /Do wglądu/ zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
6. /Do wglądu/ decyzja o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania.
7. /Do wglądu/ decyzja o przyznaniu świadczeń z pomocy społecznej, jeśli takie występują.
8. Kopia postanowienia Sądu Rejonowego w przypadku, kiedy wniosek składa opiekun prawny lub pełnomocnik.
9. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.
10. Oferty, zapytania o cenę urządzenia.

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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 informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Staszowie, ul. Szkolna 4, 28-200 Staszów.
2. Inspektor ochrony danych – kontakt do Inspektora ochrony danych: e-mail: inspektor@cbi24.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2019 roku poz. 1172).
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do ich pozyskania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w kategorii archiwalnej określonej w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
8. Podanie przez Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiązana/ny do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność udzielenia Pani/Pana pomocy.

Tekst europejskiego rozporządzenia o ochronie danych (RODO) dostępny jest na stronie https://www.uodo.gov.pl/pl/131/224

……
/data, podpis/

…….. Staszów, dn. ……..
/imię i nazwisko/

……..
/adres/

Oświadczenie

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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 oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych tj.

…….

…….....

w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Staszowie przy ul. Szkolnej 4, 28-200 Staszów do celów wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2019 roku poz. 1172).

…….
/czytelny podpis/