

**Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonanie usług  
z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się**

Do wniosku należy załączyć: **(oryginały do wglądu)**

- **kopia aktualnego orzeczenia** o stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej, niezdolności do pracy, w przypadku dzieci do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (wydane przed dniem 1 stycznia 1998 r.),
- **zaświadczenie** wydane przez **lekarza specjalistę** właściwego dla dysfunkcji, z której wynika niepełnosprawność, zawierające informację, iż osoba niepełnosprawna ma **trudności w komunikowaniu się** (wzór zaświadczenia stanowi załącznik nr 2 do wniosku), zaświadczenie należy wypełniać nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia,
- w uzasadnionych przypadkach potwierdzenie potrzeby posiadania komputera celem likwidowania barier w komunikowaniu się, określone w opinii wydanej przez np. psychologa, pedagoga, logopedę (w zależności od stopnia i rodzaju niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej),
- **zaświadczenia o dochodach netto** wszystkich osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe (**za ostatnie trzy miesiące poprzedzające miesiąc złożenia wniosku**),
- **oferta** cenowa lub faktura proforma,
- **zgoda na przetwarzanie danych osobowych** (wzór stanowi załącznik nr 1 do wniosku).

**UWAGA:**

**We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.  
W przypadku gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ...”**

**Wnioski rozpatrywane są wyłącznie kompletne i prawidłowo wypełnione, według kolejności napływania, do momentu wyczerpania środków PFRON na dany rok kalendarzowy.**

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**  
**Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się**  
**w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

**I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
Dowód osobisty – seria i numer:	
Dowód osobisty – wydany przez:	
Dowód osobisty – data wydania:	

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

## II. DANE OPIEKUNA

Nie dotyczy

Nazwa pola	Wartość
<b>Imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
<b>Dowód osobisty – seria i numer dowodu:</b>	
<b>Dowód osobisty – wydany przez:</b>	
<b>Dowód osobisty – data wydania:</b>	

## ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

## OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

- Przedstawicielem ustawowym
- Opiekunem prawnym:

Nazwa pola	Wartość
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

- Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	
Z dnia:	
Repetitorium nr:	

## III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

## IV. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim (05-R, 10-N)
- Osoba poruszająca się przy pomocy innych przedmiotów ortopedycznych niż wózek inwalidzki
- Osoba nie poruszająca się samodzielnie - leżąca
- Osoba poruszająca się bez pomocy przedmiotów ortopedycznych, posiadająca dysfunkcję narządu ruchu (05-R, 10-N)
- Osoba całkowicie niewidoma (04-O)
- Osoba niedowidząca – dysfunkcja narządu wzroku (04-O)

Inny / jaki? (01-U, 02-P, 03-L, 06-E, 07-S, 08-T, 09-M, 11-I, 12-C).....

## V. SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dzieci i młodzież do lat 18
- Inne / jakie? .....

## VI. SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE

- samotnie
- z rodziną
- z osobami niespokrewnionymi

## VII. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ ORAZ OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI ICH DOCHODÓW NETTO

Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (trzy miesiące) poprzedzające miesiąc, w którym składany jest wniosek (netto).

<b>Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo:</b>		<b>Przeciętny miesięczny dochód netto</b>
<input type="checkbox"/> indywidualnie	<input type="checkbox"/> wspólnie	
1.	<b>Wnioskodawca:</b> .....	
	Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:	<b>X</b>
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
<b>Suma:</b>		

## VIII. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

- nie korzystałem
- korzystałem

## IX. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Wnioskowana kwota dofinansowania (max 95% całkowitego kosztu):	
Deklarowany udział własny (min. 5 % całkowitego kosztu):	
Inne źródła finansowania:	
Przewidywany czas realizacji:	

### II. UZASADNIENIE

.....

.....

.....

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### 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 we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

**Oświadczam**, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, w ciągu pięciu lat przed złożeniem wniosku nie byłem/byłam stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

**Oświadczam**, że zostałem(am) poinformowany(a), że kwota dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się wynosi **do 95% kosztów przedsięwzięcia, zatwierdzonych przez PCPR w Głogowie** oraz, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

**Oświadczam**, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował(a) środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

**Oświadczam**, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2019 poz. 1781).

**Oświadczam**, że moim miejscem zamieszkania jest powiat głogowski.

**Oświadczam**, że w ramach niniejszego wniosku o dofinansowanie ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem powiatu głogowskiego.

**Prawidłowość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

### ZGODA NA PRZETWARZANIE NUMERU TELEFONU

Wyrażam/nie wyrażam zgody na wykorzystanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie ul. Słowiańska 13, 67-200 Głogów, numeru telefonu w celach kontaktowych związanych ze złożonym wnioskiem.

.....  
*Data, podpis osoby składającej wniosek*

### INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie, ul. Słowiańska 13, 67-200 Głogów, reprezentowana przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie.
2. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD): [iodo@amt24.biz](mailto:iodo@amt24.biz), tel: 76 300 01 40
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia złożonego wniosku oraz w celach kontaktowych związanych z w/w wnioskiem.
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 pkt 1 lit. c RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Rozporządzenie 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, ustawa z dnia 14 czerwca 1960r. – Kodeks Postępowania Administracyjnego, a także art. 6 pkt 1 lit a RODO – osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów – zgoda dotyczy numeru telefonu lub adresu e-mail.
5. Odbiorca lub kategorie odbiorców: Podmioty upoważnione na podstawie zawartych umów powierzenia oraz uprawnione na mocy obowiązujących przepisów prawa.
6. Dane przetwarzane będą przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
7. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
8. Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody dotyczącej numeru telefonu lub adresu e-mail w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Ma Pani/pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-913 Warszawa.
10. Podanie danych jest wymogiem ustawowym i niezbędnym do rozpatrzenia wniosku.
11. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku.



.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie**  
**w celu dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko .....

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

Adres zamieszkania .....

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji (zaznaczyć właściwe):**

- dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- niepełnosprawność intelektualna
- schorzenie układu krążenia
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja kończyn górnych
- choroba psychiczna
- epilepsja
- inne (jakie?).....

**Wymaga likwidacji barier w komunikowaniu się (zaznaczyć właściwe):**

- NIE
- TAK (proszę wskazać konkretny przedmiot dofinansowania)

**Uzasadnienie celowości likwidacji barier w komunikowaniu się w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby z niepełnosprawnością:**

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

.....  
Miejscowość i data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza