

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

ul. Bohaterów Porytowego Wzgórza 29, 23-300 Janów Lubelski tel. (15) 8723-345 fax (15) 8723-678

pcprjanowlubelski@poczta.onet.pl

Data wpływu wniosku.....

W N I O S E K

o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier w komunikowaniu się i techniczne

I Informacja o Wnioskodawcy.

1. Imię i nazwisko:.....
PESEL
Nr i seria dowodu osobistego
Adres stały zamieszkania
Adres tymczasowy zamieszkania
2. Nazwa i nr rachunku bankowego :
3. Stan prawny dot. niepełnosprawności:

Stopień niepełnosprawności	Okres ważności orzeczenia o niepełnosprawności	Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej	Stopień pokrewieństwa do wnioskodawcy
Znaczny stopień			
I grupa niepełnosprawności całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji			
Umiarkowany stopień			
II grupa niepełnosprawności Całkowita niezdolność do pracy			
Lekki stopień			
III grupa niepełnosprawności Częściowa niezdolność do pracy			

4. Rodzaj niepełnosprawności:

Przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia			
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu w tym: <input type="checkbox"/> Osoba głucha	<input type="checkbox"/> 04-O narząd wzroku w tym: <input type="checkbox"/> Osoba niewidoma <input type="checkbox"/> Osoba głuchoniewidoma

<input type="checkbox"/> 05-R narząd ruchu w tym: <input type="checkbox"/> Osoba poruszająca się na wózku	<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	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

II. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON.

Czy wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON :

TAK

NIE

Nr i data zawarcia umowy lub przyznania dofinansowania	Kwota	Cel	Stan rozliczenia

III. Informacja o przedmiocie wniosku.

- Nazwa przedmiotu
- Posiadam / nie posiadam wnioskowany/ego sprzętu.
- Cel dofinansowania.....
.....
.....
- Uzasadnienie wniosku
- Miejsce realizacji zadania.....
- Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania.....

7. Przewidywany koszt realizacji zadania:.....

(słownie:.....)

8. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania.....zł.

w tym:

1. kwotazł.

2. kwotazł.

9. Wysokość i rodzaj innych źródeł finansowania przedsięwzięcia:.....zł.

w tym:

a)kwotazł.

b)kwotazł.

10. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

(słownie:))

Oświadczenie:

1. *Oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłam/em stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.*
2. *Oświadczam również, że w ciągu 3 lat przed złożeniem tego wniosku nie uzyskałam/em dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier transportowych, w komunikowaniu się i technicznych o których mowa w niniejszym wniosku.*
3. *O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować PCPR w terminie 14 dni od ich zaistnienia.*
4. *Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego, prawdziwość danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.*

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
Podpis osoby obecnej przy podpisywaniu

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

.....syn/córka

imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria nrwydany w dniuprzez

dowód osobisty nr PESEL miejscowośćulica

..... dokładny adres nr domunr lokalu..... nr kodu-..... poczta

..... powiat województwo

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*

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

Szczegółowa klauzula informacyjna- obowiązek informacyjny z art.13 RODO

Przetwarzanie danych osobowych podawanych w związku z realizacją wniosków składanych do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Janowie Lubelskim

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Bohaterów Porytowego Wzgórza 29, 23- 300 Janów Lubelski, Kontakt: tel. (15) 8723-345, email:pcprjanowlubelski@poczta.onet.pl.
 2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, kontakt: iod@rodokontakt.pl
 3. Pani/Pana dane przetwarzane będą w celu realizacji niniejszego wniosku.
 4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych przez Administratora jest:
 - a) wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze- art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO
 - b) zgoda osoby fizycznej na przetwarzanie numeru telefonu i/ lub adresu e- mail w celu komunikacji elektronicznej- art. 6 ust.1 lit. a RODO
 - c) niezbędność do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą- art. 6 ust. 1 lit. b RODO- w przypadku zawarcia umowy
 5. Administrator może przekazać dane osobowe jedynie uprawnionym z mocy prawa organom czy podmiotom i tylko w dopuszczalnym prawnie zakresie.
 6. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe przez okres wynikający z właściwych przepisów dziedzinowych i z uwagi na odpowiadającą danym kategorię archiwalną.
 7. Osobom, których dane są przetwarzane przysługują następujące prawa względem ich danych osobowych:
 - a) do dostępu do swoich danych
 - b) do sprostowania swoich danych
 - c) do ograniczenia przetwarzania swoich danych
 - d) do wniesienia skargi do organu nadzorczego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
- Ponadto w przypadku przetwarzania danych osobowych za zgodą także prawo:
- a) do usunięcia danych
 - b) wycofania zgody w dowolny momencie, z tym że jej wycofanie nie wpływa na legalność przetwarzania w momencie jej obowiązywania
8. Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.
 9. Dane osobowe nie będą przetwarzane poza UE.
 10. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe z wyjątkiem danych w celu komunikacji elektronicznej. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.

Podstawy prawne:

- Rozporządzenie 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)

- Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Klauzula zgody osoby fizycznej na przetwarzanie numeru telefonu i/lub adresu e-mail

WYRAŻAM ZGODĘ /NIE WYRAŻAM ZGODY* na przetwarzanie mojego numeru telefonu..... i/ lub e-mail
.....
w celu komunikacji elektronicznej.

*niepotrzebne skreślić

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej, niezdolności do pracy.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające potrzebę dokonania zakupu i/lub zamontowania wskazanego we wniosku urządzenia, stanowiące załącznik nr 1 do wniosku.
3. Oświadczenie Wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkałych z Wnioskodawcą o wysokości dochodów uzyskanych w roku poprzednim, stanowiące załącznik nr 2 do wniosku.
4. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
5. Zaświadczenie ze szkoły potwierdzające statut ucznia lub orzeczenie o nauczaniu indywidualnym.
6. Wycenę wnioskowanego sprzętu, urządzenia itp.
7. Udokumentowanie innych źródeł finansowania przedsięwzięcia (pkt.III 8,9)

KARTA OCENY WNIOSKÓW O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH I W KOMUNIKOWANIU SIĘ			
KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Punktacja wniosku
1	Rodzaj/stopień niepełnosprawności (zgodnie z treścią orzeczenia i zaświadczenia lekarskiego załączonego do wniosku):		
a)	stopień niepełnosprawności <i>(jeden stopień do wyboru)</i>	znaczny (I grupa inwalidzka)	3
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	2
		lekki (III grupa inwalidzka)	1
b)	Osoba z dysfunkcją narządu słuchu lub mowy o stopniu niepełnosprawności	znaczny (I grupa inwalidzka)	3
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	2
		lekki (III grupa inwalidzka)	1
c)	Osoby z deficytami rozwojowymi o stopniu niepełnosprawności	znaczny (I grupa inwalidzka)	3
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	2
		lekki (III grupa inwalidzka)	1
2	Aktywność zawodowa:		
a)	osoba bezrobotna lub osoba poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, deklarujące wejście na rynek pracy	10	
b)	osoba zatrudniona lub prowadząca działalność gospodarczą / dzieci lub młodzież do 24 r.ż. ucząca się lub studiująca	1	
3	Inne kryteria:		
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON w ramach wnioskowanego zadania	15	
b)	Wnioskodawca ani członek jego gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich 3 lat nie uzyskali żadnej pomocy ze środków PFRON	5	
c)	Wnioskodawca prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe	5	
d)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy <i>(jeden przypadek do wyboru)</i>	– w przypadku jednej osoby	5
		– w przypadku więcej niż jedna osoba	10
e)	Średni miesięczny dochód przypadający na 1 członka gospodarstwa domowego	Do 100% kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej	6
		Od 101% do 200% kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej	3
		Powyżej 200% kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej	1
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1-3)		Maksymalnie 60	
		Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego punktacji wniosku	

Opinia merytoryczna dotycząca poprawności rozwiązań technicznych i kosztów likwidacji barier

Etap I

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

.....
(data i podpis)

Etap II

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

.....
(data i podpis)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(data i podpis)