

Numer sprawy.....  
(wypełnia PCPR)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
w Częstochowie  
ul. Jana III Sobieskiego 9  
42 – 217 Częstochowa**

## **W N I O S E K**

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

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn.25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań Powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON( t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 1190 ze zm.):

1. 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 PFRON ( § 9 ust. 3),
2. dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON ( § 9 ust. 4).

#### **A. Dane dotyczące wnioskodawcy ( proszę wypełnić drukowanymi literami).**

..... syn / córka

.....  
*nazwisko i imię / imiona*

*imię ojca*

seria..... nr ..... wydany w dniu ..... przez

.....  
*dowód osobisty*

nr PESEL ..... ważnym

do.....

nr NIP .....

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

lokalu.....

nr kodu .....-..... poczta ..... województwo .....powiat

.....

nr tel./faxu (z nr kier.) .....

Proszę o dofinansowanie.....  
.....  
.....

*nazwa urzędnika*

.....  
przewidywany koszt realizacji  
zadania..... zł,  
kwota wnioskowana (do 95%).....zł,  
(słownie.....  
...zł)

Krótkie uzasadnienie składanego wniosku:

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

**Informacje o wnioskodawcy**

POSIADANE ORZECZENIE\*

- |  |          |              |        |
|--|----------|--------------|--------|
| a) o stopniu niepełnosprawności  | ZNACZNYM | UMIARKOWANYM | LEKKIM |
| b) o zaliczeniu do jednej z grup   | I        | II           | III    |
| c) o całkowitej/ o częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym/ o niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, |          |              |        |
| d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.  |          |              |        |

\* właściwe podkreślić

**II. Rodzaj niepełnosprawności <sup>(1)</sup>**

1. dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządów ruchu	
3. dysfunkcja narządów wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

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

Nazwisko i imię - pokrewieństwo	niepełnosprawność		dochód miesięczny netto [zł]
	Stopień	rodzaj	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

**IV. Sytuacja zawodowa<sup>(1)</sup>**

1. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. osoba 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	

**V. Informacja o kwotach otrzymanych wcześniej środków PFRON<sup>(1)</sup>**

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON			
		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa zadania ustawowego w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota wykorzystana	Kwota rozliczona

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

\* niepotrzebne skreślić

Posiadam / nie posiadam \* wymagalne zobowiązania wobec Funduszu.

Jeśli tak, podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania.....

.....  
\* niepotrzebne skreślić

#### VI. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonych na ten sam cel:

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

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych. O wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kosztem zadania a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

.....  
(podpis Wnioskodawcy\*/Przedstawiciela ustawowego\*/  
Opiekuna prawnego\*/ Pełnomocnika\*)

#### OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia 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) (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, L rok 2016 nr 119, poz. 1) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Częstochowie z siedzibą w Częstochowie przy ul. Jana III Sobieskiego 9 moich danych osobowych zawartych we wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w celu przyznania dofinansowania.

.....  
(podpis Wnioskodawcy\*/Przedstawiciela ustawowego\*/  
Opiekuna prawnego\*/ Pełnomocnika\*)

#### KLAUZULA INFORMACYJNA

Działając zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego 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 – dalej w skrócie zwane RODO, informujemy, iż:

**Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Częstochowie z siedzibą w Częstochowie przy ul. Jana III Sobieskiego 9 tel. 34/3229206, fax. 34/3229207 . Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych wynika z art. 6 ust 1 pkt a) RODO (przetwarzanie danych osobowych jest zgodne z prawem jeżeli osoba, której danej dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych**

osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów), Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań Powiatu, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Odbiorcy danych osobowych: upoważnieni pracownicy, podmioty przetwarzające na podstawie umowy powierzenia w związku z realizacją wniosku oraz organy uprawnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w aktualnych przepisach archiwalnych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Częstochowie. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych osobowych podanych we wniosku oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, 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. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych. Kontakt z inspektorem ochrony danych pod adresem [iod@pcprczwa.pl](mailto:iod@pcprczwa.pl). Wyrażenie zgody przez Panią/Pana na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich nie podanie uniemożliwi przyznanie dofinansowania.

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik.

syn/córka

.....

.....  
nazwisko i imię / imiona

imię ojca

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez

.....  
dowód osobisty

nr PESEL ..... ważnym do.....

nr NIP .....

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

.....

dokładny adres

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

województwo.....

powiat ..... nr tel./faxu (z nr kier.) .....

ustanowiony

opiekunem\*/pełnomocnikiem\*

.....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. .... sygn. akt\* / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ..... z dn. .... repert. nr .....)

\* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy lub zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich, albo kopia wypisu z orzeczenia.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju schorzenia oraz określenie, czy schorzenie powoduje dysfunkcję narządu wzroku, słuchu, mowy lub wpływa na sposób poruszania się i w jaki sposób użytkowanie wnioskowanego przedmiotu przyczyni się do zlikwidowania barier w komunikowaniu się.
4. Faktura pro forma na wnioskowany przedmiot.
5. W przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą pełnoletnią, ale niezdolną do czynności prawnych ( osoby ubezwłasnowolnione) - kopia orzeczenia sądowego wskazującego inną osobę do reprezentowania interesów wnioskodawcy i zawarcia umów cywilno-prawnych w jej imieniu
6. Inne wymagane dokumenty, w zależności od potrzeb