

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 zakupu urządzeń lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier technicznych**

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 technicznych 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).

Dane Wnioskodawcy

.....  
*nazwisko i imię / imiona*

seria..... nr ..... wydany w dniu ..... przez.....  
*(dowód osobisty)*

nr PESEL ..... ważnym do.....

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

nr lokalu..... nr kodu .....-..... poczta ..... województwo.....

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

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*

Proszę o dofinansowanie .....  
*podać nazwę*

.....  
przewidywany koszt realizacji zadania ..... zł, (słownie .....  
.....zł)

kwota wnioskowana (do 95%) ..... zł, (słownie .....  
.....zł)

Uzasadnienie składanego wniosku .....  
.....  
.....  
.....  
.....

### **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 .....

**Słownie:** .....

..... zł.

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi** .....

**Sytuacja zawodowa wnioskodawcy** (*proszę wstawić znak X we właściwej rubryce*)

Wykształcenie: podstawowe, zasadnicze, średnie, wyższe, inne .....

1. młodziź w wieku od lat 18 do 24, ucząca się lub studiująca	
2. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
3. bezrobotny poszukujący pracy* / rencista poszukujący pracy*	
4. rencista* / emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodziź do lat 18	

*\*niepotrzebne skreślić*

**Informacja o kwotach otrzymanych wcześniej środków PFRON ( proszę wstawić znak x we właściwej rubryce)**

1. Nie korzystałem	
2. Korzystałem i rozliczyłem się	
3. Korzystałem i nie rozliczyłem się	
- przedmiot dofinansowania .....	
- data otrzymanego dofinansowania .....	
- numer umowy .....	

**Informacja o innych źródłach dofinansowania wnioskowanego zadania.**

.....  
.....

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

**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.**

.....  
(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 zakupu urządzeń lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier technicznych 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 dane 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 ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik.**

.....  
nazwisko i imię / imiona

seria..... nr ..... wydany w dniu ..... przez.....  
dowód osobisty

nr PESEL ..... ważnym do.....

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

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 dnia ..... repet. 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 - oryginał do wglądu.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą - oryginał do wglądu.
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 technicznych.
4. Faktura pro forma na wnioskowany przedmiot.
5. W przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą pełnoletnią, ale niezdolną do czynności prawnych ( osoby nieprzytomne, ubezwłasnowolnione) - kopia orzeczenia sądowego wskazującego inną osobę do reprezentowania interesów wnioskodawcy i zawarcia umów cywilno-prawnych w jej imieniu - oryginał do wglądu.
6. Inne wymagane dokumenty, w zależności od potrzeb.