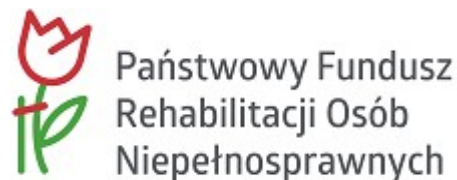


Data wpływu:  
Nr sprawy:



## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

##### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	

<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>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<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

<p><b>Rodzaj niepełnosprawności:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe</p> <p><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne</p> <p><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba głucha</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema</p> <p><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba niewidoma</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma</p> <p><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych</p> <p><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja</p> <p><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia</p> <p><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego</p> <p><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego</p> <p><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne</p> <p><input type="checkbox"/> 11-I – inne</p> <p><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe</p>
<p><b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p><b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 2 przyczyny</p> <p><input type="checkbox"/> 3 przyczyny</p>

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne    wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

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

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

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

- nie korzystałem  
 korzystałem

## CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
Słownie:	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
Słownie:	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	
<b>Cel dofinansowania:</b>	

### WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Nazwa pola	Wartość

<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b>	
<b>Miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji:</b>	

### OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

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

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### Część C – Dane dodatkowe

#### 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?.....

## 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: .....

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - 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.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
	1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności. 2. Postanowienie Sądu o ubezłasnowolnieniu i wyznaczenie opiekuna prawnego (jeśli dotyczy) 3. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia- zgodnie z zał. nr 1 do wniosku 4. Oferta cenowa (pro-forma). 5. Oświadczenie o ochronie danych osobowych – zgodnie z zał. nr 2 do wniosku

## UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

.....  
Miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu  
**LIKWIDACJA BARIER TECHNICZNYCH <sup>1</sup>**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

<b>Imię i nazwisko pacjenta</b>	.....
<b>Adres zamieszkania</b>	.....
<b>Data urodzenia</b>	(dd-mm-rr).....
<b>PESEL</b>	.....

**1) rodzaj niepełnosprawności lub dysfunkcji (należy zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)**

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	<input type="checkbox"/> pieczętą i podpis lekarza
dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy kuli, balkonika itp.	<input type="checkbox"/> pieczętą i podpis lekarza
osoby poruszające się samodzielnie bez pomocy osób trzecich i przyrządów ortopedycznych	<input type="checkbox"/> pieczętą i podpis lekarza
dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/> pieczętą i podpis lekarza
dysfunkcja narządu słuch i mowy	<input type="checkbox"/> pieczętą i podpis lekarza
deficyt rozwojowy ( upośledzenie umysłowe) lub psychiczne	<input type="checkbox"/> pieczętą i podpis lekarza
inne schorzenia jakie?	<input type="checkbox"/> pieczętą i podpis lekarza

**2) trwałe naruszenie sprawności organizmu (należy zakreślić właściwe pole)**

**TAK**

**NIE**

<sup>1</sup> O dofinansowanie likwidacji barier technicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się. Przez bariery techniczne należy rozumieć przeszkody wynikające z braku zastosowań lub niedostosowania, odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności, przedmiotów lub urządzeń. Likwidacja tych barier powinna



powodować sprawniejsze działanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie.

**3) używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4) opis trudności w poruszaniu się**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**5) Pacjent wymaga likwidacji barier architektonicznych w swoim najbliższym otoczeniu (należy zakreślić właściwe pole)**

TAK

NIE

.....  
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

## OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

### Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

1. **Administrator danych osobowych**

Administratorem Państwa danych osobowych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu z siedzibą przy pl. Świętego Józefa 5 w Kaliszu.

2. **Inspektor ochrony danych**

Kontakt z inspektorem ochrony danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu jest możliwy pod nr tel. 62 50 14 207.

3. **Cele przetwarzania danych**

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier technicznych.

4. **Podstawa prawna przetwarzania danych**

Podstawą do przetwarzania Państwa danych jest realizacja obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. a oraz c RODO), także w przypadku danych szczególnych kategorii danych, np. dane dotyczące zdrowia (art. 9 ust. 2 lit. a oraz b RODO) oraz ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

5. **Odbiorcy danych**

Odbiorcami Państwa danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, w tym PFRON.

6. **Okres przechowywania danych**

Państwa dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w oparciu o jednolity rzeczowy wykaz akt obowiązujący w jednostce, nie krócej niż 10 lat.

7. **Państwa prawa:**

- a) prawo dostępu do treści swoich danych;
- b) prawo do sprostowania i uzupełnienia danych;
- c) w przypadku przetwarzania na podstawie zgody – prawo do jej cofnięcia;
- d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
- e) prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- f) w szczególnych przypadkach prawo do usunięcia danych;
- g) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, infolinia: 606 950 000), gdy uznają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.

**Prawo dostępu do danych, sprostowania i uzupełnienia oraz ograniczenia przetwarzania podlegają ograniczeniu po przekazaniu akt zawierających dane osobowe do archiwum zakładowego, na mocy art. 22b ust. 4 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.** Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości skorzystania z dofinansowania.

Miejscowość

Data

Podpis Wnioskodawcy