

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

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

### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

#### ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• We własnym imieniu</li> <li>• Jako rodzic</li> <li>• Jako opiekun prawny</li> <li>• Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)</li> <li>• na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie</li> <li>• na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie</li> </ul>
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie</li> <li>• do rozliczenia dofinansowania</li> <li>• do zawarcia umowy</li> <li>• do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku</li> <li>• do złożenia wniosku</li> <li>• inne .....</li> </ul>

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	

<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	mężczyzna      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>Rodzaj miejscowości:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• miasto</li> <li>• wieś</li> </ul>
<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
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	mężczyzna    kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• miasto</li> <li>• wieś</li> </ul>

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tak</li> <li>• nie</li> </ul>
Stopień niepełnosprawności:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Znaczny</li> <li>• Umiarkowany</li> <li>• Lekki</li> <li>• Nie dotyczy</li> </ul>

<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bezterminowo</li> <li>• okresowo – do dnia: .....</li> </ul>
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I grupa</li> <li>• II grupa</li> <li>• III grupa</li> <li>• nie dotyczy</li> </ul>
<b>Niezdolność:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji</li> <li>• Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny</li> <li>• Osoby całkowicie niezdolne do pracy</li> <li>• Osoby częściowo niezdolne do pracy</li> <li>• Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym</li> <li>• Nie dotyczy</li> </ul>
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 01-U – upośledzenie umysłowe</li> <li>• 02-P – choroby psychiczne</li> <li>• 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu osoba głucha osoba głuchoniema</li> <li>• 04-O – narząd wzroku osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma</li> <li>• 05-R – narząd ruchu wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego dysfunkcja obu kończyn górnych</li> <li>• 06-E – epilepsja</li> <li>• 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia</li> <li>• 08-T – choroby układu pokarmowego</li> <li>• 09-M – choroby układu moczowo-płciowego</li> <li>• 10-N – choroby neurologiczne</li> <li>• 11-I – inne</li> <li>• 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe</li> </ul>
<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tak</li> <li>• nie</li> </ul>
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 2 przyczyny</li> <li>● 3 przyczyny</li> </ul>

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne              wspólne

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

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

**w tym liczba osób niepełnosprawnych:** .....

## 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:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania i uzasadnienie:	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

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

Nazwa pola	Wartość
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

### 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
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

- 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, wyniósł: .....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.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO. Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych Przysługuje Państwu prawo:

na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,

na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,

na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,

na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,

na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,

art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.



Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.</li> <li>2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z osobą niepełnosprawną, której wniosek dotyczy, w przypadku takich osób.</li> <li>3. Oryginał dowodu osobistego do wglądu. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności.</li> <li>4. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym</li> <li>5. Oferta cenowa na wnioskowane urządzenie.</li> <li>6. Udokumentowana podstawa prawna do obiektu, w którym planowana jest likwidacja barier technicznych (należy załączyć kopię dokumentu, np. akt własności, przydział lokalu <b>(w koniecznych przypadkach)</b>).</li> <li>7. Oświadczenie o miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej <b>(w koniecznych przypadkach)</b>.</li> <li>8. Zgoda właściciela budynku <b>(w koniecznych przypadkach)</b>.</li> <li>9. Zaświadczenie z powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego (-ej) lub poszukującego(-ej) pracy.</li> <li>10. Upoważnienie do złożenia wniosku i innych dokumentów, składania wyjaśnień w imieniu osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy <b>(w koniecznych przypadkach)</b>.</li> <li>11. Klauzula informacyjna</li> </ol>

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista