



Nr wniosku: \_\_\_\_\_

|                    |                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Data wpływu</b> | <b>WNIOSEK</b><br><b>o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych</b> |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

Nr sprawy: ON.5124. .... .202....

**ROLA WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola                             | Do uzupełnienia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>    | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> jako rodzic<br><input type="checkbox"/> jako opiekun prawny<br><input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie |
| <b>Postanowieniem Sądu Rejonowego:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Z dnia:</b>                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Sygnatura akt:</b>                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Imię i nazwisko notariusza:</b>     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Repertorium nr:</b>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Zakres pełnomocnictwa:</b>          | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielenia dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><input type="checkbox"/> inne                                |

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola                                       | Do uzupełnienia                                                     |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Imię:</b>                                     |                                                                     |
| <b>Drugie imię:</b>                              |                                                                     |
| <b>Nazwisko:</b>                                 |                                                                     |
| <b>PESEL:</b>                                    |                                                                     |
| <b>Data urodzenia:</b>                           |                                                                     |
| <b>Płeć:</b>                                     | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |
| <b>Wnioskodawca posiada adres do e-Doręczeń:</b> | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE           |

### ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola           | Do uzupełnienia                                               |
|----------------------|---------------------------------------------------------------|
| Powiat:              |                                                               |
| Gmina:               |                                                               |
| Ulica:               |                                                               |
| Nr domu:             |                                                               |
| Nr lokalu:           |                                                               |
| Miejscowość:         |                                                               |
| Kod pocztowy:        |                                                               |
| Poczta:              |                                                               |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |
| Nr telefonu:         |                                                               |
| Adres e-mail:        |                                                               |

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

### ADRES KORESPONDENCYJNY

| Nazwa pola    | Do uzupełnienia |
|---------------|-----------------|
| Powiat:       |                 |
| Gmina:        |                 |
| Ulica:        |                 |
| Nr domu:      |                 |
| Nr lokalu:    |                 |
| Miejscowość:  |                 |
| Kod pocztowy: |                 |
| Poczta:       |                 |

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

### ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola           | Do uzupełnienia                                               |
|----------------------|---------------------------------------------------------------|
| Powiat:              |                                                               |
| Gmina:               |                                                               |
| Ulica:               |                                                               |
| Nr domu:             |                                                               |
| Nr lokalu:           |                                                               |
| Miejscowość:         |                                                               |
| Kod pocztowy:        |                                                               |
| Poczta:              |                                                               |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

| Nazwa pola                                                                                                                                                                                                                                 | Do uzupełnienia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Stopień niepełnosprawności:</b>                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> znaczny<br><input type="checkbox"/> umiarkowany<br><input type="checkbox"/> lekki<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Numer orzeczenia:</b>                                                                                                                                                                                                                   | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Niezdolność:</b>                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne:<br><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| <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> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

☐ indywidualne ☐ wspólne

**Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi ..... zł.**

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

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na likwidację barier architektonicznych/w komunikowaniu się/technicznych ze środków 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                                                                  | Do uzupełnienia |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <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 dofinansowania:</b>                                          |                 |

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

| Nazwa pola                                                                      | Do uzupełnienia |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 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 dofinansowania

## FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola                          | Do uzupełnienia |
|-------------------------------------|-----------------|
| Właściciel konta (imię i nazwisko): |                 |
| Nazwa banku:                        |                 |
| Nr rachunku bankowego               | _____           |

☐ 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

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuje 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.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku nie uzyskałam/em ze środków PFRON dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się, oraz nie byłam/em stroną żadnej umowy z PFRON o udzielenie wsparcia rozwiązanej z mojej winy. Oświadczam, że o udzielenie wsparcia w zakresie objętym wnioskiem nie ubiegam się na terenie innej jednostki samorządu terytorialnego (powiatu).

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

**Upředzonym/upředzonyma o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2021. poz. 2345) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje 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 2018r. o ochronie danych osobowych.

## UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU ZE WSKAZANIEM POTRZEB WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

### WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|    | w przypadku wymaganych kserokopii oryginały dokumentów należy przedstawić do wglądu                                                                                                                                                                         |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | aktualne zaświadczenie lekarskie dotyczące zakupu sprzętu w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się wystawione przez lekarza specjalistę                                                                                                               |
| 2. | kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego                                                                                                                                                    |
| 3. | w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - <b>kserokopia</b> zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego, a w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – <b>kserokopia</b> pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza; |
| 4. | faktura pro-forma na sprzęt lub inny dokument potwierdzający planowany koszt zakupu;                                                                                                                                                                        |

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Ze względu na wejście w życie w dniu 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (określane jako „RODO”) informujemy, o następujących zasadach, na jakich przetwarzamy dane:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 RODO informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Środzie Wielkopolskiej ul. Szkolna 2, tel. 48-61-27-06-40 e-mail: [pcprsdawlkp.epcpr.pl](mailto:pcprsdawlkp.epcpr.pl).
- 2) Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum pomocy Rodzinie w Środzie Wielkopolskiej, którą jest spółka Leśny & Wspólnicy Sp. z o. o. z Inspektorem można się skontaktować e-mail: [iod@lesny.com.pl](mailto:iod@lesny.com.pl)
- 3) Pani/Pana dane będą, zgodnie z rozporządzeniem 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) przetwarzane w celu wypełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa, realizacji umowy, bądź udzielonej zgody.
- 4) W związku z przetwarzaniem danych w celu wypełniania obowiązków wynikających z przepisów prawa odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
  - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
  - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Wielkopolskiej przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Wielkopolskiej.
- 5) Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych przez Administratora.
- 6) W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
  - a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych,
  - b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne,
  - c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy:
    - dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
    - osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,
    - osoba, której dane dotyczą wycofała zgodę na przetwarzanie danych osobowych, która jest podstawą przetwarzania danych i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania danych,
    - dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
    - dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa,
  - d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych – w przypadku, gdy:
    - osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
    - przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,
    - Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, ale osoba, której dane dotyczą, potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,
    - osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;
  - e) prawo do przenoszenia danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
    - przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane dotyczą lub na podstawie zgody wyrażonej przez tą osobę
    - przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany,
  - f) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w przypadku, gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
    - zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora,
    - przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą jest dzieckiem.
- 7) W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.
- 8) Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani/Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia.  
Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa telefon: 22 860 70 86
- 9) Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

