.....
data wpływu kompletnego wniosku (dzień,miesiąc,rok)

Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
w Mogilnie

.....
nr kolejny wniosku

WNIOSEK

o dofinansowanie*/sfinansowanie* zakupu urządzeń (wraz z montażem*) lub wykonania usług* z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się

Wnioskodawca
..... syn/córka* .....
imię(imiona) i nazwisko *imię ojca*

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

nr PESEL .....

miejscowość ..... ulica ..../.....
adres stałego zameldowania *nr domu/nr lokalu*

nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./faxu .....

Proszę o dofinansowanie*/sfinansowanie* .....

.....

.....

ogólny koszt realizacji zadania wynosi ..... zł

kwota dofinansowania ..... zł

(słownie ..... zł)

kwota wkładu własnego ..... zł

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

* niepotrzebne skreślić

Uzasadnienie składanego wniosku

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

Informacje o Wnioskodawcy

I. Stopień niepełnosprawności *

1. **znaczny**	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do lat 24), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. **umiarkowany**	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. **lekki**	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

II. Rodzaj niepełnosprawności *

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

III. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie członków gospodarstwa domowego (łącznie z Wnioskodawcą)

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto (zł)
	stopień	rodzaj	

* proszę wstawić X we właściwej rubryce

IV. Sytuacja zawodowa *

1. zatrudniony**/prowadzący działalność gospodarczą	
2. osoba w wieku 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	
punktacja	

V. Średni dochód miesięczny netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (wypełnia pracownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie)

poniżej 100,00 zł	
101,00 – 200,00 zł	
201,00 – 300,00 zł	
301,00 – 400,00 zł	
401,00 – 500,00 zł	
501,00 – 600,00 zł	
601,00 – 700,00 zł	
701,00 – 800,00 zł	
Powyżej 800,00 zł	

VI. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON? *				Tak	Nie
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło

VII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten sam cel

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

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2,3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz.U.Nr 88, poz.553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych niezbędnych do uzyskania dofinansowania (Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych).

.....
podpis Wnioskodawcy**/Przedstawiciela Prawnego,
Opiekuna Prawnego/Pełnomocnika

* właściwe zaznaczyć
** niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie reprezentowane przez Dyrektora PCPR, ul. Ogrodowa 10, 88-300 Mogilno, pcpr@pcpr-mogilno.pl, tel. 52 588 83 85;
2. został powołany inspektor ochrony danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Mogilnie; tel.: 52 588 83 18, iod@powiat.mogilno.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków PFRON;
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym w państwie trzecim, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 12 lat;
6. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, 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;
7. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne jednakże w przypadku nie podania danych osobowych wniosek pozostanie bez rozpatrzenia;
9. Dane osobowe przetwarzane przez Administratora na podstawie Rozporządzenia nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 Rozporządzenia.

_____

Data i podpis

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

..... syn/córka .....
imię(imiona) i nazwisko *imię ojca*

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

nr PESEL .....

miejscowość ..... ulica ..../.....
adres stałego zameldowania *nr domu/nr lokalu*

nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./faxu .....

ustanowiony Opiekunem*/Pełnomocnikiem .....

* postanowieniem Sądu Rejonowego ..... z dnia ..... sygn.akt. .....

* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....

z dnia ..... repet. nr .....

* niepotrzebne skreślić

Załączniki wymagane do wniosku

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności
4. Zaświadczenia potwierdzające wysokość dochodów netto Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą
5. Zaświadczenia kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy
6. Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania
7. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują
8. Oferta cenowa wnioskowanego sprzętu
9. Oświadczenie o posiadaniu 5% wkładu własnego

……..……., dnia …….

……
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
Lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PCPR w związku z likwidacją barier
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko …….…...
PESEL …….

Pacjent wymaga:
a) likwidacji barier architektonicznych,
b) likwidacji barier technicznych,
c) likwidacji barier w komunikowaniu się.

Pacjent posiada:
a) dysfunkcję narządu ruchu:
   - z koniecznością poruszania się za pomocą wózka inwalidzkiego
   od (wpisać rok) ……
   - z koniecznością poruszania się przy pomocy kul
   od (wpisać rok) ……
   - po amputacji kończyn dolnych/górnych
   od (wpisać rok)…….. w obrębie ……..
b) dysfunkcję narządu wzroku
   - od (wpisać rok oraz ubytek wzroku)
   - oko lewe …….
   - oko prawe ……...
c) dysfunkcję narządu słuchu
   - od (wpisać rok oraz ubytek słuchu)
   - ucho lewe ……..
   - ucho prawe ……..…..
d) dysfunkcję narządu mowy (opis zaburzenia) ……..….
   ……..…….
   ……...……
   .
e) inne (jakie?) ……..……
   ……..…….
   ……..…….

Uzasadnienie wniosku, opis schorzenia
……
……
……

……..
Pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie