

nr wniosku

data złożenia wniosku

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:

imię i nazwisko

urodzona/y dnia*

zamieszkała/y:

PESEL Nr telefonu **

Dane przedstawiciela ustawowego:***

Przedstawiciel ustawowy małoletniego, Opiekun prawny Pełnomocnik

imię i nazwisko

dowód osobisty PESEL

zamieszkały:.....

II. Przedmiot dofinansowania

.....

.....

III. Miejsce realizacji zadania:.....

.....

IV. Cel dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych:

.....

.....

.....

V. Nazwa banku i numer rachunku bankowego na który mają zostać przekazane środki

.....

VI. Przewidywany termin realizacji zadania

przewidywany czas realizacji zadania

VII. Przewidywany koszt realizacji zadania

VIII. Kwota wnioskowanego dofinansowania co stanowi

..... % ceny brutto.

IX. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

.....
.....

X. Deklarowany udział własny wnioskodawcy ponad obowiązkowe 5%:

.....

XI. Inne źródła finansowania zadania (podać jakie i udokumentować)

.....
.....

XII. Czy wnioskodawca korzystał wcześniej z dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych (*wstawić X we właściwej rubryce*)

TAK NIE

XIII. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON

Lp.	Nr zawartej umowy	Cel dofinansowania	Data przyznania	Stan rozliczenia

XIV. Oświadczam że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

XV. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Oświadczam, że:

1. 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
2. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

.....
(podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika ***)

*Informacja podana dobrowolnie.

** Podanie nr tel. nie jest obowiązkowe ale ułatwi kontakt z Wnioskodawcą.

*** Właściwe zaznaczyć.

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długo-trwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r.
2. Aktualne (wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku) - zaświadczenie od lekarza specjalisty potwierdzające dysfunkcję narządu ruchu - **w przypadku osób dla których w/w dysfunkcja nie stanowi przyczyny wydania orzeczenia o niepełnosprawności,**
3. Aktualne (wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku) zaświadczenie lekarskie – załącznik nr 1 do wniosku -wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek jest osobą niewidomą albo ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i /lub ma zwężenie pola widzenia poniżej 20stopni, a w przypadku osób niepełnosprawnych do 16 roku życia – ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,06 i/lub na zwężenie pola widzenia poniżej 30 stopni – **w przypadku osób dla których w/w dysfunkcja nie stanowi przyczyny wydania orzeczenia o niepełnosprawności.**
4. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez PCPR.

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*

w oku lewym do: stopni

w oku prawym do: stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*

w oku lewym wynosi:

w oku prawym wynosi:

d) Pacjent jest osobą niewidomą:

tak nie

....., dnia

Miejscowość

.....

data, podpis, nr i pieczętka lekarza

Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych
(Wypełnij kiedy składasz wniosek we własnym imieniu)

1. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie określonym we wniosku w sprawie dofinansowania:

.....
przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie, przy ul. Pocztowej 43, REGON 811768934, NIP 856-158-02-52 w celu realizacji wniosku o dofinansowanie:

.....
2. Zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych dotyczących mojej osoby w zakresie:

- Stanu zdrowia

-

przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie, przy ul. Pocztowej 43, REGON 811768934, NIP 856-158-02-52 w celu realizacji wniosku o dofinansowanie:

.....
4. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....
(data, czytelny podpis)

Klauzula informacyjna

1. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania dostępnych na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie pod adresem pcpr.goleniow.ibip.pl. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o przysługujących mi prawach w związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia RODO.

2. Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne dostępne na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie pod adresem pcpr.goleniow.ibip.pl przewidziane w art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o dofinansowanie:

.....
(data, podpis)

Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych osoby nie będącej właścicielem danych (osoby zależnej, dziecka, podopiecznego)

(Wypełnij kiedy składasz wniosek w imieniu dziecka lub podopiecznego)

1. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych

mojego/mojej.....

(imię, nazwisko dziecka, osoby zależnej, podopiecznego/ej – stopień pokrewieństwa)

w zakresie określonym we wniosku w sprawie dofinansowania:

.....
przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie, przy ul. Pocztovej 43,
REGON 811768934, NIP 856-158-02-52 w celu realizacji wniosku o dofinansowanie:

2. Zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych mojego/mojej

.....

(imię, nazwisko dziecka, osoby zależnej, podopiecznego/ej – stopień pokrewieństwa)

w zakresie:

- Stanu zdrowia

-

przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie, przy ul. Pocztovej 43,
REGON 811768934, NIP 856-158-02-52 w celu realizacji wniosku o dofinansowanie:

.....

3. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....

(data, czytelny podpis)

Klauzula informacyjna

1. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania dostępnych na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie pod adresem pcpr.goleniow.ibip.pl.

2. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o przysługujących mi prawach w związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia RODO.

3. Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne dostępne na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie pod adresem pcpr.goleniow.ibip.pl przewidziane w art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o dofinansowanie:

.....

.....

(data, podpis)