

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się 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: | |

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

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

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

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

| | |
|--|--|
| Rodzaj niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| 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: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy): | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny |

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie

Wnioskodawcy:.....zł

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 |
|---|---------|
| Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania: | |
| Przewidywany koszt realizacji zadania (100%): | |
| Słownie: | |
| Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: | |
| 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: | |
| Terminrozpoczęcia: | |
| 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

- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi
- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

| Nazwa pola | Wartość |
|-------------------------------------|---------|
| Właściciel konta (imię i nazwisko): | |
| Nazwa banku: | |
| Nr rachunku | |

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?

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:.....

Dofinansownie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu

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:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,

- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Prysługuje 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.

| <i>Miejscowość</i> | <i>Data</i> | <i>Podpis Wnioskodawcy</i> |
|--------------------|-------------|----------------------------|
| | | |

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia 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) (Dz.Urz.UE.L.119.1) zwanego dalej „RODO”, Administratorzy Danych Osobowych informują o zasadach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących prawach z tym związanych:

1. Administratorami Pani/a danych osobowych są: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu z siedzibą ul. M. Kopernika 3, 39-400 Tarnobrzeg, tel. 15 823-07-38, e-mail: mopr@mopr.pl, zwany dalej „MOPR”, oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Warszawie z siedzibą al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel.: 22 50-55-500, zwany dalej „PFRON”.
2. Kontakt z Inspektorami Ochrony Danych możliwy jest: w MOPR - pod adresem e-mail: iod@mopr.pl, listownie na adres: ul. M. Kopernika 3, 39-400 Tarnobrzeg, w PFRON - pod adresem e-mail: iod@pfron.org.pl, listownie na adres al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, oraz tel. pod numerem: 22 50-55-500.
3. Pani/a dane osobowe przetwarzane będą przez MOPR/PFRON w celu zarządzania Systemem Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON – zwanego dalej „SOW” oraz realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym, w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków PFRON. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO, jako że jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze danych, wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Pani/a dane osobowe przetwarzane będą także przez MOPR w celu rozpoznania złożonego wniosku oraz przyznania dofinansowania i jego rozliczenia. Podstawą prawną przetwarzania Pani/a danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy, albo art. 6 ust. 1 lit. c RODO, jeśli jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze danych oraz art. 9 ust.2 lit. b RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4. PFRON jako właściciel i udostępniający SOW zawiera umowy powierzenia przetwarzania Pani/a danych osobowych z podmiotami świadczącymi usługi serwisowe dla SOW. PFRON, w imieniu Administratorów danych osobowych, odpowiada za zgodne z RODO powierzenie przetwarzania Pani/a danych osobowych.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt 3, odbiorcami Pani/a danych osobowych mogą być:
 - 1) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PFRON przetwarzają Pani/a dane osobowe, dla których Administratorem jest PFRON,
 - 2) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z MOPR przetwarzają Pani/a dane osobowe, dla których Administratorem jest MOPR,
 - 3) dostawca lub podmiot świadczący usługi serwisowe dla SOW.
6. Pani/a dane będą przechowywane przez okres związany z realizacją celów - o którym mowa w pkt 3 i 4, a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji kancelaryjnej MOPR.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/a danych osobowych, przysługują Pani/u następujące prawa:
 - 1) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - 2) prawo do sprostowania swoich danych osobowych;
 - 3) prawo do usunięcia danych, chyba że dalsze przetwarzanie danych jest niezbędne

do wywiązania się z obowiązku prawnego;

4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;

5) prawo do przenoszenia danych w przypadku , gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO i w sposób zautomatyzowany;

6) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/n, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym jest również niezbędne do założenia konta w Systemie SOW. Odmowa podania danych będzie skutkowała odmową założenia konta w Systemie SOW i w konsekwencji uniemożliwi złożenie wniosku o przyznanie pomocy w postaci elektronicznej.

9. Pani/a dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższą informacją

.....
data i czytelny podpis

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia, o niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie specjalisty, wystawione czytelnie w języku polskim, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, uzasadniające potrzebę likwidacji trudności w komunikowaniu się (załącznik do wniosku), ważne 1 miesiąc.
3. Faktura pro-forma lub oferta cenowa na zakup sprzętu, urządzeń, usług mających na celu likwidację barier w komunikowaniu się (zawierająca cenę oraz opis techniczny).
4. Postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – w przypadku, gdy Wnioskodawca jest osobą ubezwłasnowolnioną.
5. Pełnomocnictwo notarialne - w przypadku gdy w imieniu Wnioskodawcy z wnioskiem występuje jego pełnomocnik.
6. Zgoda właściciela lokalu lub budynku (w koniecznych przypadkach).
7. Inne

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wystawione czytelnie w języku polskim, wydane na potrzeby MOPR w Tarnobrzegu)

Imię i nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzeń utrudniających komunikowanie się (kontakty z otoczeniem):

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

Czy niepełnosprawność pacjenta uzasadnia potrzebę likwidacji barier w komunikowaniu się * **NIE**

TAK

Uzasadnienie

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

Rodzaj sprzętów/urządzeń/oprzyrządowania, które zlikwidują bądź ograniczą trudności w komunikowaniu się osobie z niepełnosprawnością:

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

.....
Data

.....
pieczętka i podpis
lekarza specjalisty