

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŻYWCU**

ul. Ks. Prał. St. Słonki 24, tel. (33) 861-93-36, 861-94-19 fax (33) 863-19-83

Załącznik nr 1 do Zarządzenia  
Kierownika PCPR w Żywcu  
nr 54/2018 z dnia 12.12.2018

.....  
Data wpływu wniosku

.....  
Nr sprawy

**WNIOSEK  
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON  
DO LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH**

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, właściwe zaznaczyć ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą.

- wniosek składany po raz pierwszy

- wniosek składany po raz kolejny ( podać rok złożenia wniosku ) .....

**1. Informacje o Wnioskodawcy/ dziecku/podopiecznym będącym osobą niepełnosprawną**

**DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do.....

PESEL

Wnioskodawca osobiście  rodzic dziecka  opiekun prawny dziecka  opiekun prawny podopiecznego

<p style="text-align: center;"><b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b></p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta)</p> <p>Miejscowość .....</p> <p>ulica .....</p> <p>Nr domu ..... Nr m. .... Powiat .....</p> <p>Województwo .....</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> miasto    <input type="checkbox"/> wieś</p>	<p style="text-align: center;"><b>ADRES ZAMELDOWANIA</b></p> <p style="text-align: center;">(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta)</p> <p>Miejscowość .....</p> <p>ulica .....</p> <p>Nr domu ..... Nr m. ....</p> <p>Województwo .....</p>
<p>Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....</p> <p>e-mail (o ile dotyczy): .....</p>	
<p><b>Adres korespondencyjny:</b> (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)</p> <p>.....</p>	

**DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

<p style="text-align: center;"><b>DANE PERSONALNE</b></p> <p>Imię .....</p> <p>Nazwisko .....</p> <p>Data urodzenia:..... r.</p> <p>PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak                      <input type="checkbox"/> nie</p>	<p style="text-align: center;"><b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</b></p> <p style="text-align: center;">(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta)</p> <p>Miejscowość .....</p> <p>Ulica .....</p> <p>Nr domu ..... Nr m. ....</p> <p>Powiat .....</p> <p>Województwo .....</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> miasto                      <input type="checkbox"/> wieś</p>
---	--

**2. STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY /DZIECKA / PODOPIECZNEGO**

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)

Ww. dokument jest ważny:  okresowo do .....  bezterminowo

**3. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO WYNIKAJĄCY Z ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU, w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej
	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej

	<input type="checkbox"/> osoba leżąca	
z koniecznością porusza się przy pomocy:	<input type="checkbox"/> wózka inwalidzkiego	<input type="checkbox"/> dwóch kul <input type="checkbox"/> balkonika
<input type="checkbox"/> INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU .....		
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU, w zakresie:	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca
<input type="checkbox"/> NARZĄD SŁUCHU , w zakresie:	<input type="checkbox"/> osoba niesłysząca	<input type="checkbox"/> osoba niedosłysząca
<input type="checkbox"/> INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU I MOWY.....		
<input type="checkbox"/> DEFICYT ROZWOJOWY ( jaki? ).....		
<input type="checkbox"/> CHOROBA PSYCHICZNA ( jaka?).....		
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności .....		

#### 4. ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	

#### 5. DODATKOWE KWALIFIKACJE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> prawo jazdy	<input type="checkbox"/> obsługa urządzeń biurowych
<input type="checkbox"/> znajomość języków obcych	<input type="checkbox"/> inne, jakie:.....
<input type="checkbox"/> obsługa komputera	
wykonywane zawody .....	

#### 6. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> zatrudniony	<input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w PUP jako bezrobotna lub poszukujący pracy	<input type="checkbox"/> osoba aktualnie ucząca się
<input type="checkbox"/> prowadzący działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> rencista	<input type="checkbox"/> dzieci i młodzież do lat 18
<input type="checkbox"/> bezrobotny nie zainteresowany podjęciem pracy	<input type="checkbox"/> emeryt	<input type="checkbox"/> inne, jakie: .....

**7. WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY zamieszkuje**

samotnie
  z rodziną
  z jednym opiekunem

czy wspólnie z wnioskodawcą /dzieckiem /podopiecznym zamieszkują inne osoby niepełnosprawne :

tak, proszę podać ilość osób i stopień niepełnosprawności .....  
 nie

**8. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA .....**

**9. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA ( proszę wpisać adres ) .....**

.....

**10. TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA .....**

.....

**11. SPECYFIKACJA DOTYCZĄCA DOFINANSOWANIA ZAKUPU URZĄDZEŃ W RAMACH LIKwidACJI BARIER TECHNICZNYCH – proszę wymienić i podać orientacyjny koszt ( należy szczegółowo opisać co w ramach likwidacji barier technicznych ma zostać zakupione )**

Lp.	Nazwa/ rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto w złotych
	<b>Całkowity koszt</b>	

UWAGA! PROSZĘ O SZCZEGÓLOWE I STARANNE OSZACOWANIE PONIŻSZYCH KOSZTÓW, GDYŻ PODSTAWĄ DOFINANSOWANIA BĘDĄ KWOTY WNIOSKOWANE.

**12. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA .....W ZŁ. ( nie więcej niż 95% kosztów zadania)**

słownie : .....

**13. DEKLAROWANA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ KWOTA POKRYCIA UDZIAŁU WŁASNEGO .....**

**14. INFORMACJA O OGÓLNEJ WARTOŚCI NAKŁADÓW DOTYCHCZAS PONIESIONYCH NA REALIZACJĘ ZADANIA DO KOŃCA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO MIESIĄC, W KTÓRYM SKŁADANY JEST WNIOSEK WRAZ Z PODANIEM DOTYCHCZASOWYCH ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA**

**15. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

Czy Wnioskodawca/ dziecko/ podopieczny lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku) ze środków PFRON, tak  nie

Cel <i>(nazwa programu i/ lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)</i>	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>				

**16. CZY WNIOSKODAWCA BYŁ STRONĄ UMOWY O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON I UMOWA TA ZOSTAŁA ROZWIĄZANA Z PRZYCZYŃ LEŻĄCYCH PO STRONIE WNIOSKODAWCY**

tak, podać datę .....  nie

**17. CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON**

tak, podać rodzaj i wysokość w zł. wymagalnego zobowiązania .....  nie

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

**18. CZY PLANOWANE DO REALIZACJI ZADANIE BĘDZIE FINANSOWANE Z INNYCH ŹRÓDEŁ NIŻ PFRON ( np. sponsor, GOPS, MOPS)**

tak, podać wysokość dofinansowania.....  nie

**19. UZASADNIENIE CELU DOFINANSOWANIA**

1) proszę podać jakie występują przeszkody wynikające z braku zastosowania lub niedostosowania odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności przedmiotów lub urządzeń .....

.....

.....

.....

.....

.....

2) proszę uzasadnić w jaki sposób sprzęt zakupiony w ramach likwidacji barier technicznych wpłynie na zmianę sytuacji opisanej w pkt. 1.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**20. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art.233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego oświadczam, że miesięczny dochód netto na osobę w rodzinie za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku

Wynosił: ..... liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.....

**21. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU**

Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku zaznaczyć właściwe – wypełnia PCPR
1.	Kserokopia ważnego orzeczenia (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
2.	Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą/ dzieckiem/ podopiecznym (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
3.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekunów prawnych, lub pełnomocnictwo (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
5.	Jeżeli zajdzie taka potrzeba PCPR może żądać dostarczenia innych dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku	

**Oświadczam, że :**

- 1) informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania (odpowiedzialność karna przewidziana w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego),
- 2) posiadam środki własne na pokrycie wkładu własnego będącego uzupełnieniem dofinansowania,
- 3) jestem / nie jestem płatnikiem VAT (niepotrzebne skreślić),
- 4) w przypadku zmiany danych podanych we wniosku zobowiązuje się niezwłocznie o tym fakcie powiadomić PCPR ,
- 5) przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania,
- 6) przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie,
- 7) przyjmuję do wiadomości, że w przypadku znacznego niedoboru środków PFRON w stosunku do istniejących potrzeb procent dofinansowania określony jako maksymalny 95%, może zostać obniżony.

.....  
 data i podpis Wnioskodawcy

**Uwaga:**

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę we wniosku informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na postawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**  
**DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŻYWCU**

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 zwane dalej „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu, ul. Ks. Pr.St. Słonki 24, 34-300 Żywiec.
2. W sprawach związanych z Pani/a danymi można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail [iodo@pcpr-zywiec.pl](mailto:iodo@pcpr-zywiec.pl).
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu dofinansowania likwidacji barier technicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy.
4. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom w celu prawidłowej realizacji zadań na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych lub instytucjom uprawnionym do przetwarzania danych osobowych na mocy przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa oraz zgodnie z rzeczowym wykazem akt PCPR w Żywcu.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony danych Osobowych, gdy stwierdzone zostanie, że dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
  - a) dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępnianie dane osobowe nie mogą ujawniać danych osób trzecich,
  - b) sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,
  - c) żądania usunięcia danych po upływie okresu, o którym mowa w pkt. 5.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia wniosku, przyznania dofinansowania i zawarcia umowy. W przypadku nie podania danych osobowych wniosek pozostanie bez rozpatrzenia.

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższą informacją.

Data .....czytelny podpis.....