

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 55/2018 z dnia 12.12.2018

.....
Data wpływu wniosku

.....
Nr sprawy

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
DO LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ**

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 urodzeniar.

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;">MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - 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. Powiat</p> <p>Województwo</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś</p>	<p style="text-align: center;">ADRES ZAMELDOWANIA</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>Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)</p> <p>.....</p>	

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

<p style="text-align: center;">DANE PERSONALNE</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"/></p> <p>Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p style="text-align: center;">MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</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 górnej
z koniecznością porusza się przy pomocy:	<input type="checkbox"/> wózka inwalidzkiego	<input type="checkbox"/> dwóch kul

INNA WIDOCZNA DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU OGRANICZAJĄCA PORUSZANIE SIĘ (proszę opisać jaka):

NARZĄD WZROKU, w zakresie:

osoba niewidoma

osoba niedowidząca

NARZĄD SŁUCHU, w zakresie:

osoba niesłysząca

osoba niedosłysząca

osoba głuchoniewidoma

osoba głuchoniema

INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU I MOWY (wynikająca z całościowych zaburzeń rozwojowych, powstałych przed 16 rokiem życia z utrwalonymi zaburzeniami komunikacji werbalnej)

4. WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO

podstawowe

gimnazjalne

zawodowe

średnie ogólne/ techniczne

średnie zawodowe

policealne

wyższe

inne, jakie:

nie realizuje obowiązku szkolnego

jest w trakcie realizacji obowiązku szkolnego (podać nazwę szkoły).....

5. DODATKOWE KWALIFIKACJE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO

obsługa urządzeń biurowych

obsługa komputera w stopniu : podstawowym średnim zaawansowanym

nie umie obsługiwać komputera

wykonywane zawody

inne, jakie:.....

6. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO

zatrudniony w

na czas określony do dnia.....

na czas nieokreślony

prowadzący działalność gospodarczą

osoba powyżej 18 lat ucząca się

emeryt

rencista

dzieci i młodzież do lat 18

<input type="checkbox"/> bezrobotny zarejestrowany w PUP od dnia..... <input type="checkbox"/> bezrobotny niezarejestrowany w PUP	<input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy zarejestrowany w PUP od dnia..... <input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy niezarejestrowany w PUP <input type="checkbox"/> bezrobotny nie zainteresowany podjęciem pracy	<input type="checkbox"/> inne, jakie:
--	--	---

7. WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY zamieszkuje

<input type="checkbox"/> samotnie	<input type="checkbox"/> z rodziną	<input type="checkbox"/> 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 miejsca użytkowania przedmiotu dofinansowania).....

.....

11. SPECYFIKACJA DOTYCZĄCA DOFINANSOWANIA ZAKUPU URZĄDZEŃ W RAMACH LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ – proszę wymienić i podać orientacyjny koszt (należy szczegółowo opisać co w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się ma zostać zakupione)

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

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

12. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIAW ZŁ. (nie więcej niż 95% kosztów zadania)
 słownie :

13. DEKLAROWANA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ KWOTA POKRYCIA UDZIAŁU WŁASNEGO (minimum 5%)

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

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

16. CZY WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY POSIADA WNIOSKOWANY SPRZĘT/URZĄDZENIE

tak, podać rok zakupu

nie

czy zakup był dofinansowany ze środków PFRON

tak podać rok zakupu.....

nie

17. 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

18. 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

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

tak, podać wysokość dofinansowania.....

nie

20. UZASADNIENIE CELU DOFINANSOWANIA

1) proszę podać co utrudnia komunikowaniu się z otoczeniem(jakiego rodzaju trudności występują w komunikacji)

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

21. 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.....

22. 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.	Zaświadczenie od logopedy, psychologa potwierdzające zaburzenia w komunikacji werbalnej (dotyczy osób legitymujących się orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności z symbolem 12-C)	<input type="checkbox"/>
6.	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 podstawie 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.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się 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 wnioski pozostanie bez rozpatrzenia.

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższą informacją.

Dataczytelny podpis.....