

Data wpływu: .....

Nr wniosku: ON.7024. .... .2023



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

#### ROLA WNIOSKODAWCY

|  |  |
|--|--|
| <b>Wnioskodawca składa wniosek jako:</b> | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny<br><input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie   |
| <b>Postanowieniem Sądu:</b>              |  |
| <b>Z dnia:</b>                           |  |
| <b>Imię i nazwisko notariusza</b>        |  |
| <b>Repertorium nr:</b>                   |  |
| <b>Zakres pełnomocnictwa:</b>            | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielenia dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne |

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

|                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Imię:</b>           |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Drugie imię:</b>    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nazwisko:</b>       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>PESEL:</b>          | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Data urodzenia:</b> |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Płeć</b>            | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### ADRES ZAMIESZKANIA

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <b>Województwo:</b>                 |   |
| <b>Powiat:</b>                      |   |
| <b>Miejscowość:</b>                 |   |
| <b>Ulica / Nr domu / Nr lokalu:</b> |   |
| <b>Kod pocztowy / Poczta:</b>       |   |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b>         | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |
| <b>Nr telefonu:</b>                 |   |
| <b>Adres e-mail:</b>                |   |

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

Taki sam jak adres zamieszkania

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Województwo:</b>                 |  |
| <b>Powiat:</b>                      |  |
| <b>Miejscowość:</b>                 |  |
| <b>Ulica / Nr domu / Nr lokalu:</b> |  |
| <b>Kod pocztowy / Poczta:</b>       |  |

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

|                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Imię:</b>           |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Drugie imię:</b>    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nazwisko:</b>       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>PESEL:</b>          | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Data urodzenia:</b> |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Płeć:</b>           | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Województwo:</b>               |   |
| <b>Powiat:</b>                    |   |
| <b>Miejscowość:</b>               |   |
| <b>Ulica, Nr domu, Nr lokalu:</b> |   |
| <b>Kod pocztowy / Poczta:</b>     |   |
| <b>Nr telefonu:</b>               |   |
| <b>Adres e-mail:</b>              |   |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b>       | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |

**ŚREDNI DOCHÓD**

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

Indywidualne  Wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy:**

Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **wynosi: .....zł**

**Liczba osób** we wspólnym gospodarstwie domowym **wynosi: .....osób(y/a)**

## STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|  |  |
|--|--|
| <b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Stopień niepełnosprawności:</b>   | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy   |
| <b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>   | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....  |
| <b>Numer orzeczenia:</b>   | .....  |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>   | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy  |
| <b>Niezdolność:</b>  | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |
| <b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne<br><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| <b>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:</b> | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>   | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny   |

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych / w komunikowaniu się / technicznych ze środków finansowych PFRON:

nie korzystałem/am       korzystałem/am

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------|
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### PRZEDMIOT WNIOSKU

|  |  |
|--|--|
| <b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>  |  |
| <b>Przewidywany koszt realizacji (100%):</b>   |  |
| Słownie:   |  |
| <b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON</b>   |  |
| Słownie:   |  |
| <b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji:</b>  |  |
| <b>Deklarowane środki własne:</b>  |  |
| <b>Inne źródła finansowania:</b>   |  |
| <b>UZASADNIENIE - Cel:</b>   |  |
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |  |

## WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

|  |  |
|--|--|
| <b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b> | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| <b>Miejsce realizacji zadania:</b>   |  |
| <b>Termin rozpoczęcia:</b>   | IV    V    VI    VII    VIII    IX    X    XI    XII                 |
| <b>Przewidywany czas realizacji:</b>   |  |

## 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

.....  
.....

## 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? .....

## II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- Konto Sprzedawcy / Wykonawcy podane na dowodzie zakupu towaru / usługi  
 Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę\*:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nazwa banku:</b>                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nr rachunku bankowego:</b>              | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* W przypadku podania danych innych niż własne zobowiązuje się do poinformowania osoby, której dane osobowe udostępniam, iż administratorem jej danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie, ul. Młyńska 52, 16-300 Augustów

**Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE****OŚWIADCZENIE**

1. **Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. 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.**
2. W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuje 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.
3. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
4. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i w ciągu trzech lat przed złożeniem niniejszego wniosku nie byłem(am) stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
5. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie danych do potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym dofinansowania ze środków PFRON dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się w zakresie: numeru telefonu, adresu do korespondencji (jeśli dotyczy), danych właściciela rachunku bankowego i numeru rachunku bankowego

\*\* „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Kopia orzeczenia, o którym mowa w art.1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (oryginał do wglądu)   |
| <input type="checkbox"/> | Aktualne zaświadczenie lekarskie wg wzoru określonego przez PCPR w Augustowie  |
| <input type="checkbox"/> | Oferta cenowa/ faktura pro forma / kosztorys na zakup przedmiotu którego dotyczy wniosek <b>(zawierająca dane umożliwiające weryfikację ceny przedmiotu, np. nazwa modelu, symbol produktu itp.)</b> |
| <input type="checkbox"/> | Informacja o innych źródłach finansowania zadania – o ile dotyczy  |
| <input type="checkbox"/> | Dokument potwierdzający prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej – o ile dotyczy  |
| <input type="checkbox"/> | Inne dokumenty (wymienić jakie): .....   |

## Klauzula Informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust 1 i 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, RODO) informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie (dalej zwane PCPR), ul. Młyńska 52, 16-300 Augustów, tel. 87 643 20 71, e-mail: [pcpr@st.augustow.wrotapodlasia.pl](mailto:pcpr@st.augustow.wrotapodlasia.pl).**
2. Zgodnie z art. 37 ust. 1 lit. a) RODO, administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pod adresem poczty elektronicznej: [iod\\_pcpr@st.augustow.wrotapodlasia.pl](mailto:iod_pcpr@st.augustow.wrotapodlasia.pl).
3. Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zadań publicznych wynikających z przepisów prawa oraz szeregu ustaw nakładających na administratora obowiązki i zadania, których realizacja wymaga przetwarzania danych osobowych. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie będzie wynikało z przepisów prawa zostaniecie Państwo poproszeni o wyrażenie dobrowolnej zgody na przetwarzanie dotyczących Państwa danych osobowych. Niezależnie od podstawy prawnej przetwarzania dotyczących Państwa danych osobowych Administrator gwarantuje, że Państwa dane są przetwarzane w zakresie umożliwiającym realizację ściśle określonego celu.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w formie papierowej i elektronicznej w PCPR w Augustowie oraz mogą być pozyskiwane i weryfikowane za pośrednictwem dostępnych Systemów Informatycznych. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
5. Odbiorcami Państwa danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub podpisanych umów powierzenia mogą zostać osoby upoważnione przez Administratora, podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa, podmioty prowadzące działalność bankową, operatorzy pocztowi, kurierzy oraz obsługa informatyczna.
6. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji celów oraz w formie archiwalnej (zgodnie z kategorią archiwalną określoną w przepisach kancelaryjnych i archiwalnych obowiązujących w PCPR w Augustowie) po realizacji zadania.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia po okresie archiwizacji, 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, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Dodatkowo w przypadku, gdy podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest Państwa dobrowolna zgoda, przysługuje Państwu prawo do cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie.
8. Podanie przez Państwa danych osobowych, w zależności od ściśle określonego celu przetwarzania, może być wymogiem ustawowym lub umownym lub warunkiem zawarcia umowy, lub uzyskania świadczeń zgodnie ze złożonym wnioskiem.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy