



4. Miejsce realizacji zadania			
Miejsce realizacji zadania	Miejscowość:	Kod pocztowy:	
	Ulica / numer domu/ lokalu		
5. Termin rozpoczęcia i planowany czas realizacji zadania			
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
6. Przewidywany koszt realizacji zadania:			
Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia:		..... zł	
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON		..... zł	
Oświadczam, iż posiadam środki na pokrycie udziału własnego w kosztach wnioskowanego zadania w wysokości:		..... zł	
7. 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:			
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
8. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu			
Numer i data zawartej umowy	Cel dofinansowania	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia
			rozliczono / nie rozliczono
			rozliczono / nie rozliczono
			rozliczono / nie rozliczono
9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego			
<input type="checkbox"/>	na konto sprzedawcy podane na fakturze		
<input type="checkbox"/>	na konto osobiste numer	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Imię i nazwisko właściciela konta	.....	
	Adres zamieszkania właściciela konta	.....	

**10. Oświadczenie o wysokości dochodu i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.**

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód rodziny**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowych i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek wynosi:

przeciętny miesięczny dochód: .....zł

liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym: .....osób (y/a)

1. Oświadczam że zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji lub zatajenie prawdy – podstawa prawna *art. 233 § 1 i 2 kodeksu karnego*
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i rozwiązanej z przyczyny leżącej po mojej stronie.
3. Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie ze środków Funduszu nie obejmuje kosztów prac związanych z realizacją zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
4. Przyjmuje do wiadomości, iż wysokość dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się może wynosić do 95 % kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.
5. Przyjmuje do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku do dofinansowania nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach przedmiotowego zadania
6. Przyjmuje do wiadomości, iż przyznanie dofinansowania jest możliwe do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu augustowskiego na rok 202..... r. i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
7. O wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od ich wystąpienia.

Załączniki	
<input type="checkbox"/>	kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wnioskodawcy lub jego odpowiednik
<input type="checkbox"/>	oferta cenowa/ faktura pro forma na zakup sprzętu/przedmiotów którego dotyczy wniosek
<input type="checkbox"/>	aktualne zaświadczenie lekarskie (wg wzoru PCPR w Augustowie)
<input type="checkbox"/>	w przypadku ustanowienia przez Sąd opiekuna prawnego – zaświadczenie Sądu
<input type="checkbox"/>	w przypadku ustanowienia pełnomocnika – kopia pełnomocnictwa
<input type="checkbox"/>	inne dokumenty (wymienić): ..... ..... .....

.....  
**Data i czytelny podpis wnioskodawcy,**  
przedstawiciela ustawowego dziecka,  
opiekuna prawnego, pełnomocnika ustanowionego notarialnie

## Oświadczenie woli

- wnioskodawcy  
 pełnomocnika  
 przedstawiciela ustawowego dziecka (rodzic)  
 opiekuna prawnego  
 doradcy tymczasowego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier w komunikowaniu się w zakresie:

<input type="checkbox"/>	Numeru telefonu: .....																					
<input type="checkbox"/>	Adresu do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania): .....																					
<input type="checkbox"/>	<b>Danych Właściciela rachunku bankowego i numeru rachunku bankowego:</b> Imię i nazwisko: .....  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> </tr> </table> W przypadku podania danych innych niż własne zobowiązuję 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																					
<input type="checkbox"/>	Danych zawartych w zaświadczeniu lekarskim z dnia: .....																					
	Wnioskodawca jest kombatanem / kombatantką	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie																				
	Wnioskodawca jest wdowcem / wdową po kombatancie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie																				
<input type="checkbox"/>	Inne (jakie?) ..... .....																					

.....  
(miejscowość)

.....  
(data)

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy  
Pełnomocnika  
Przedstawiciela ustawowego dziecka  
Opiekuna prawnego  
Doradcy tymczasowego

# 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, ul. Młyńska 52, 16-300 Augustów, tel. 87 643 20 71, e-mail: 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.
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 minimalnym zakresie umożliwiającym realizację ściśle określonego celu.
4. 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. Ponadto w zakresie stanowiącym informację publiczną dane będą ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP Urzędu.
5. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat zgodnie z kategorią archiwalną określoną w przepisach kancelaryjnych i archiwalnych obowiązujących w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie.
6. Przysługuje Państwu, w zależności od charakteru przetwarzania, prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu, prawo do przenoszenia danych, 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.
7. Podanie przez Państwa danych osobowych, w zależności od ściśle określonego celu przetwarzania, może być wymogiem ustawowym lub umownym lub warunkiem zawarcia umowy.
8. Państwa dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

.....  
czytelny podpis (wnioskodawcy,  
przedstawiciela ustawowego dziecka,  
pełnomocnika ustanowionego  
notarialnie, opiekuna prawnego, doradcy  
tymczasowego, innej osoby wskazanej  
przez Wnioskodawcę)

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Zaświadczenie wydaje się w celu złożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie w związku z ubieganiem się o dofinansowanie **likwidacji barier technicznych**

**Imię i Nazwisko:** .....

**PESEL:** .....

**Adres zamieszkania:** .....

### **I. Przyczyna niepełnosprawności / proszę zakreślić właściwe pole /**

- upośledzenie umysłowe,
- choroby psychiczne,
- zaburzenia głosu, mowy,
- choroby słuchu,
- choroby narządu wzroku,
- choroby narządu ruchu,
- epilepsja,
- choroby neurologiczne,
- całościowe zaburzenia rozwojowe.
- inne (jakie?): .....

### **II. Rozpoznanie choroby/ jednostka chorobowa:**

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

### **III. Opis trudności jakie ma Wnioskodawca z wykonaniem podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, w związku z istniejącą niepełnosprawnością**

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

### **IV. Zalecany przedmiot/urządzenie, dostosowany do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, który ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem:**

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

.....  
Data

.....  
pieczęć, podpis lekarza