

Data wpływu:	
Nr sprawy:	



Powiatowe Centrum  
Pomocy Rodzinie  
w Koninie

**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**

**I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Imię ojca:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

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

**II. DANE PODOPIECZNEGO**

<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Imię ojca:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

**OPIEKUN USTANOWIONA/Y**

<input type="checkbox"/> <b>Przedstawicielem ustawowym</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Opiekunem prawnym:</b>	
<b>Postanowieniem Sądu Rejonowego:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:</b>	
<b>Imię i nazwisko:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Repetitorium nr:</b>	

**III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

<b>Stoień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<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
<b>Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

**IV. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

<input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
<input type="checkbox"/> Inna dysfunkcja narządu ruchu
<input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu wzroku
<input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
<input type="checkbox"/> Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
<input type="checkbox"/> Inny / jaki?

## V. 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?

## VI. SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE

- samotnie
- z rodziną
- z osobami niespokrewnionymi

## VII. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

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

- nie korzystałem
- korzystałem

## VII. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:

--

Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):

Słownie:

--

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

Słownie:

--

deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 5 %

Deklarowane środki własne:

Inne źródła finansowania:


## II. UZASADNIENIE

Uzasadnienie:

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

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:

Miejsce realizacji zadania:

Termin rozpoczęcia:

Przewidywany czas realizacji:

## IV. 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

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### DANE RACHUNKU BANKOWEGO

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

Właściciel rachunku

Numer rachunku bankowego:

Nazwa banku:

## OŚWIADCZENIE

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, wyniósł: ..... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

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. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz.U. z 2019 r., poz. 1950, z późn. zm.) - 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 PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą Dz.U. 2019 poz. 1781 z 30.08.2019 o ochronie danych osobowych.

.....  
Miejscowość

.....  
Data

.....  
Podpis Wnioskodawcy

## ZAŁĄCZNIKI

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie wydane przez specjalistę, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (ważne 3 miesiące).
4. Oferta cenowa dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania (z zakresu barier w komunikowaniu).
5. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego należy dołączyć kserokopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu się  
**prosimy wypełnić czytelnie**

1. Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres .....

2. Zakres dysfunkcji pacjenta i ich wpływ na funkcjonowanie (opis)

.....  
.....

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę potwierdzić podpisem i pieczętą*):

1	Upośledzenie umysłowe	pieczęć i podpis lekarza
2	Choroby psychiczne	pieczęć i podpis lekarza
3	Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	pieczęć i podpis lekarza
4	Choroby narządu wzroku	pieczęć i podpis lekarza
5	Epilepsja	pieczęć i podpis lekarza
6	Choroby neurologiczne	pieczęć i podpis lekarza
7	Choroby narządu ruchu	pieczęć i podpis lekarza
8	Częściowe zaburzenia rozwoju	pieczęć i podpis lekarza
9	Inne .....	pieczęć i podpis lekarza

4. Uzasadnienie (informacja na temat trudności w komunikowaniu się i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością)

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

....., dnia .....

(miejsowość)

pieczętą, nr\_ i podpis lekarza

## KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z USŁUG POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W KONINIE

Zgodnie z 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 (RODO), przekazujemy następujące informacje:

### 1. Administrator danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Koninie (PCPR) z siedzibą przy ul. Aleje 1 Maja 9, 62-510 Konin, tel. 63 243 03 06, e-mail: [sekretariat@pcpr.konin.pl](mailto:sekretariat@pcpr.konin.pl).

### 2. Inspektor Ochrony Danych

W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: [inspektor.ochrony@pcpr.konin.pl](mailto:inspektor.ochrony@pcpr.konin.pl) lub telefonicznie: 63 243 03 06.

### 3. Cele i podstawy prawne przetwarzania danych

Podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO. W przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody podstawą prawną jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO.

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z:

- o Dz.U. 2024 poz 44 ze zm. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
- o Dz.U. 2015 poz 926 w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- o wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie
- o realizacji zawartej umowy, której jest Pani/ Pan stroną
- o w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody, w zakresie i celu określonym w jej treści
- o ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

### 4. Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji powyższych celów oraz zgodnie z przepisami dotyczącymi archiwizacji dokumentów obowiązującymi w PCPR w Koninie.

### 5. Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- o dostępu do swoich danych osobowych,
- o sprostowania danych,
- o usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania,
- o przenoszenia danych (w przypadkach przewidzianych w RODO),
- o wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- o cofnięcia zgody na przetwarzanie (dla danych przetwarzanych na podstawie zgody), bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania przed jej cofnięciem. Niektóre z tych praw mogą podlegać ograniczeniom wynikającym z przepisów prawa.

### 6. Prawo do skargi

W przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych narusza przepisy RODO, przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

### 7. Obowiązek podania danych

Podanie danych osobowych wymaganych przepisami prawa jest obowiązkowe. Niepodanie danych może skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Dane przetwarzane na podstawie zgody podawane są dobrowolnie.

### 8. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom współpracującym z PCPR na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych oraz organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

### 9. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą informacyjną i jest ona dla mnie zrozumiała:

Data i podpis:

.....