



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W GORLICACH

Nr sprawy:

Data wpływu:

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych
w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> We własnym imieniu <input type="checkbox"/> Jako rodzic <input type="checkbox"/> Jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczzonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczzonego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	

PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

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

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	

Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

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

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola		
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany	<input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:	
Numer orzeczenia:		
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa	<input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<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	
Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe	

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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny	<input type="checkbox"/> 3 przyczyny
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):		

PRZECIĘTNY DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

- indywidualne
 wspólne

Przeciętny miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

(przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku):

.....zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

--

w tym liczba osób niepełnosprawnych:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

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

- nie korzystałem
 korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania i uzasadnienie:	

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

Nazwa pola	
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

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

--

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

W formie gotówkowej – w kasie banku Pekao S.A.

Konto Wykonawcy/Sprzedawcy podane na dowodzie zakupu przedmiotu dofinansowania.

OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola		
Budynek:	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny,	<input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy.
Ilość pięter:	<input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> piętrowy,	<input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?):
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:		
Liczba pokoi: <input type="checkbox"/> + kuchnia,	<input type="checkbox"/> + łazienka, <input type="checkbox"/> + wc.
Łazienka jest wyposażona w:	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> brodzik,	<input type="checkbox"/> kabinę prysznicową, <input type="checkbox"/> umywalkę.
W mieszkaniu jest:	<input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej, <input type="checkbox"/> ciepłej, <input type="checkbox"/> kanalizacja,	<input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie, <input type="checkbox"/> prąd, <input type="checkbox"/> gaz.
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:		

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?

OŚWIADCZENIE

W przypadku uzyskania dofinansowania zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Upredzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że:

- 1) dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni,
- 2) w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku:
 - a) **nie byłem(am) / byłem(am)** * stroną umowy zawartej z PFRON, bądź Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Gorlicach i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
 - b) osoba przeze mnie reprezentowana **nie była/ była*** stroną umowy zawartej z PFRON, bądź Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Gorlicach i rozwiązanej z przyczyn leżących po jej stronie,
- 3) **nie posiadam/posiadam***; osoba przeze mnie reprezentowana **nie posiada/posiada*** zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

- 4) **zapoznałem /am się** z aktualnie obowiązującymi w Powiecie Gorlickim zasadami udzielania ze środków PFRON dofinansowania likwidacji barier architektonicznych,
- 5) **jestem świadomy/a**, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
- 6) **zapoznałem/ am się** z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

* zakreślić właściwe

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przetwarzaniem danych osobowych informujemy – zgodnie z art. 13 ust 1 i ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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) (Dz. Urz. UE L z 04.05.2016 r, Nr 119, s. 1) zwanego dalej „RODO” iż:

I. ADMINISTRATOR DANYCH

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gorlicach, reprezentowane przez Dyrektora, z którym można kontaktować się pod adresem siedziby: ul. Słoneczna 7, 38-300 Gorlice, pod adresem e-mail: sekretariat@pcpr.gorlice.pl oraz pod numerem telefonu: (18) 352-53-80.

II. INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych z którym można się kontaktować pod adresem: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gorlicach, ul. Słoneczna 7, 38-300 Gorlice lub pod adresem e-mail: iod@iods.pl.

III. PODSTAWA PRAWNA I CELE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu:

- a) przyznania i realizacji dofinansowania ze środków PFRON, w ramach zadań realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gorlicach, wynikających z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. b RODO),
- b) realizacji obowiązków podatkowych, księgowo-rachunkowych i archiwizacyjnych ciążyących na Administratorze (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c RODO).

IV. INFORMACJE O WYMOGU/DOBROWOLNOŚCI PODANIA DANYCH ORAZ KONSEKWENCJI NIE PODANIA DANYCH OSOBOWYCH

Przetwarzanie danych osobowych wynika z przepisów prawa, a ich podanie jest niezbędne w ramach realizacji celu wskazanego w punkcie III oraz jest niezbędne w celu przyznania dofinansowania.

V. ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH

1. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, w tym PFRON.
2. Pani/Pana dane mogą być ponadto przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora np. dostawcom usług IT i innym podmiotom przetwarzającym dane w celu określonych przez Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

VI. OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH OSOBOWYCH

Dane osobowe od momentu pozyskania będą przechowywane przez okres wynikający z odpowiednich regulacji prawnych (kategorii archiwalnej dokumentacji, określonej w jednolitym rzeczowym wykazie akt). Kryteria okresu przechowywania ustala się w oparciu o klasyfikację i kwalifikację dokumentacji w jednolitym rzeczowym wykazie akt.

VII. PRAWA OSÓB, KTÓRYCH DANE DOTYCZĄ

W związku z przetwarzaniem danych osobowych posiada Pani/Pan prawo do:

- 1) Dostępu do treści swoich danych osobowych,
 - 2) Otrzymania kopii danych,
 - 3) Sprostowania danych osobowych,
 - 4) Żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - 5) Wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- w przypadkach i na warunkach określonych w RODO. Prawa wymienione w pkt od 1 do 4 powyżej można zrealizować poprzez kontakt z Administratorem.

VIII. ZAUTOMATYZOWANE PODEJMOWANIE DECYZJI W TYM PROFILOWANIE

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w formie profilowania.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie.
3.	Oświadczenie o miejscu zamieszkania.
4.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do budynku lub lokalu stale zamieszkiwanego przez osobę z niepełnosprawnością.
5.	Pisemna zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego na wykonanie wnioskowanego zakresu prac dostosowawczych - jeżeli nie jest nim Wnioskodawca.
6.	Pełnomocnictwo lub postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego - w przypadku, gdy osoba z niepełnosprawnością działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.
7.	Oferta cenowa lub faktura proforma – fakultatywnie.