

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach

.....
data przyjęcia

DN – BKT – 615 - _____/____

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków PFRON zakupu urządzeń z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się/likwidacji barier technicznych

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

Adres zamieszkania

PESEL _____ ; numer telefonu do kontaktu

Adres e-mail

Posiadane orzeczenie

a/ o stopniu niepełnosprawności znacznym ; umiarkowanym ; lekkim

b/ o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów - I ; - II ; - III

c/ o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji ; o częściowej niezdolności do pracy

o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym ; o całkowitej niezdolności do pracy

d/ o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych – osoby do 16 roku życia

Imię i nazwisko opiekuna/opiekuna prawnego/kuratora/pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego osoby

niepełnosprawnej.....

PESEL _____ ; numer telefonu do kontaktu

Adres e-mail

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 wynosiłzł.

Osoba samotnie gospodarująca TAK ; NIE ; wraz z osobą niepełnosprawną zamieszkuje ___ osób (proszę napisać pokrewieństwo osób, z którymi zamieszkuje osoba niepełnosprawna)

Wykaz sprzętów/urządzeń będących przedmiotem dofinansowania:

Uzasadnienie dot. posiadania w/w sprzętów/urządzeń

.....
.....
.....
Oświadczam, iż korzystałam/łem z dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się/barier technicznych [] NIE ; [] TAK (data dofinansowania, przedmiot dofinansowania, kwota dofinansowania)
.....

Korzystałam/łem na inne cele ustawowe i rozliczyłam/łem się/jestem w trakcie rozliczenia/nie rozliczyłam/łem się (proszę zakreślić prawidłowe)

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

Zostałam/am poinformowany/na o szczegółowych procedurach realizacji wniosku dotyczącego dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się/barier technicznych

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuje się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu sprzętu/urządzenia, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprowadzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art.297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. – **Kodeks Karny (t. j. Dz. U. z 2020, poz. 1444,1517) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.**

Art. 233 § 1 KK – „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.”

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem 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, zwane dalej „RODO”).

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu 7 dni od ich zaistnienia.

Załączniki do wniosku:

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (w przypadku z wnioskodawcą zamieszkują inne osoby niepełnosprawne – kopię ich orzeczeń)
2. aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (załącznik do wniosku)
3. zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy
4. dowód osobisty wnioskodawcy i/lub opiekuna w przypadku gdy wpisany powyżej – do wglądu
5. kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego/akt notarialny lub inny dokument stwierdzający, iż opiekun (o ile wpisany powyżej) sprawuje opiekę nad wnioskodawcą
6. kosztorys / oferta handlowa / faktura por-forma na wnioskowany sprzęt/urządzenia
7. podpisana przez wnioskodawcę i/lub opiekuna klauzula informacyjna (oświadczenie RODO - w załączeniu)

OŚWIADCZENIE

Potwierdzam uzyskanie informacji:

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, zwane dalej „RODO”), informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach, ul. Kazimierza Wielkiego 5, 32-400 Myślenice, zwane dalej „**Administratorem**”. Mogą Państwo skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: Kazimierza Wielkiego 5, 32-400 Myślenice lub telefonując pod numer: 122749810. We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych mogą Państwo również skontaktować się z inspektorem ochrony danych, którym jest Iwona Cygan - Opyt, pisząc na adres: biuro@kancelariacygan.pl
2. Państwa dane przetwarzane są w celu możliwości wykonywania przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach ustawowych zadań, określonych m.in. w:
 - ustawie ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r.poz.1876 z późn. zm.),
 - ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.),
 - ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 821),
 - ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U z 2020 poz. 218) oraz w innych regulacjach.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów. Nie udostępniamy Państwa danych innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa.
4. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
5. Państwa dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres wyznaczony właściwym przepisami prawa, w tym w szczególności: ustawy z dnia 14.07.1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
6. Mają Państwo prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również mają Państwo prawo do ograniczenia przetwarzania danych.
7. Gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Przekazanie nam Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdego z Państwa, wobec którego realizujemy cele opisane w punkcie 2.
9. W przypadku gdy przetwarzanie Państwa danych odbywa się na podstawie zgody na przetwarzanie, mają Państwo prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. W oparciu o Państwa dane osobowe Administrator *nie będzie* podejmował wobec Państwa zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania. Profilowanie oznacza dowolną formę zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub przemieszczania się.

Data

wszystkie dane zawarte we wniosku (strony 1 do 4) są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem

/podpis wnioskodawcy lub opiekuna/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE NINIEJSZEGO DOKUMENTU
W CELU PRAWIDŁOWEJ WERYFIKACJI DANYCH WNIOSKODAWCY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	ADRES ZAMIESZKANIA
DATA URODZENIA	NUMER PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

.....

.....

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne/sprzęt rehabilitacyjny.

.....

.....

5. Konieczność realizacji zadań zmierzających do usunięcia barier w komunikowaniu się/barier technicznych, które umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności i/lub kontaktów z otoczeniem (uzasadnienie wymagane)

TAK (uzasadnienie)

.....

.....

NIE (uzasadnienie)

.....

.....

Niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim

inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?).....

dysfunkcja narządu słuchu

dysfunkcja narządu mowy

dysfunkcja narządu wzroku

zaburzenia psychiczne

upośledzenie umysłowe

niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

.....
Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie