

**Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON
likwidacji barier technicznych/w komunikowaniu się
w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

RS.555.....

RS.556.....

.....
Data wpływu

Dane Wnioskodawcy

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Data urodzenia	
PESEL	
Stopień niepełnosprawności	
Telefon kontaktowy	

Dane przedstawiciela ustawowego Wnioskodawcy, opiekuna prawnego, kuratora lub osoby reprezentującej – jeżeli dotyczy

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	
Telefon kontaktowy	

Oświadczenie o dochodach

Przeciętny **miesięczny** dochód tj. dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielonych przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczonym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**

L.p.	Imię i nazwisko	Źródło dochodu	Przeciętny miesięczny dochód (netto)
1.	Wnioskodawca		
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
Suma dochodów wszystkich członków gospodarstwa domowego:			
Średni miesięczny dochód na jedną osobę:			

Przedmiot dofinansowania

l.p.	Nazwa	Ilość	Cena
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Razem			

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub innego równoważnego orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2021r., poz. 573 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust.3 ustawy, kopia orzeczenia wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu),
2. Zaświadczenie lekarza specjalisty, wskazujące rodzaj schorzenia w związku, z którym wymagany jest zakup wnioskowanego sprzętu,
3. Zaświadczenie o dochodach osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe - średnie wynagrodzenie netto z ostatnich 3 miesięcy (zaświadczenie z zakładu pracy, decyzja ZUS o wysokości renty/emerytury, decyzja o pobieranych świadczeniach),
4. Kopia legitymacji szkolnej/akt urodzenia dzieci pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
5. Kopia wyroku sądowego bądź aktu notarialnego uprawniającego do reprezentowania Wnioskodawcy,
6. Minimum dwie oferty cenowe na wnioskowane urządzenie,
7. Oryginał dowodu osobistego do wglądu,
8. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych.

Oświadczenia:

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności w tym także karnej, za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadoma/y odpowiedzialności w tym także karnej, za złożenie fałszywego oświadczenia.
2. W przypadku braku środków na realizację zadania w danym roku wnioski nie przechodzą na rok następny.

.....
miejsowość, data

.....
podpis Wnioskodawcy

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu
w celu dofinansowania do likwidacji barier technicznych/w komunikowaniu się ze środków PFRON

Imię i nazwisko

Numer PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej

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

Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności

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

Zalecany sprzęt/urządzenie stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności

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

Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe

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

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych przez Realizatora programu oraz PFRON

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 osobowych) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu, informuje, iż:

1/ Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu z siedzibą 32-600 Oświęcim ul. Bema 4, adres e-mail: pcpr@powiat.oswiecim.pl oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu ustanowiło Inspektora Ochrony Danych Osobowych Pana Piotra Karcz z którym można się skontaktować na adres Administratora i za pomocą poczty elektronicznej: piotrmariusz.karcz@gmail.com

2/ Ma Pan/Pani prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, prawo ograniczenia ich przetwarzania.

3/ Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli Pana/Pani dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.

4/ Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10-ciu lat.

5/ Podanie danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia Pani/Pana wniosku i zawarcia umowy dofinansowania.

6/ Dane osobowe przekazywane przez wnioskodawców przetwarzane są w stopniu niezbędnym dla realizacji dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych , oceny jego funkcjonowania a także w innych, prawnie uzasadnionych celach.

7/ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu przekazuje/udostępnia dane osobowe uczestników programu do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

8/ Podanie danych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie uniemożliwi Administratorowi wykonywanie jakichkolwiek działań w odniesieniu do Pana/Pani osoby.

Potwierdzam, zapoznanie się z niniejszą informacją.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie