

Data wpływu wniosku do PCPR w Łowiczu

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

WNIOSEK
dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier:
technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób
niepełnosprawnych

A. Dane dotyczące Wnioskodawcy

Imię i nazwisko:				
↑ Data urodzenia	Dowód osobisty wydany w dniu	Przez		
Ważny do		PESEL		
Nazwa banku		Nr rachunku bankowego		
Ulica/Miejscowość	Nr posesji/lokalu	Kod pocztowy	Poczta	Gmina
Powiat	Województwo	Nr. tel. komórkowego	Nr. tel. stacjonarnego	

I.A. Stopień niepełnosprawności*

1. znaczny,	
• inwalidzi I grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny,	
• osoby w wieku do lat 16 – stu z orzeczoną niepełnosprawnością	
2. umiarkowany,	
• inwalidzi II grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
3. lekki,	
• inwalidzi III grupy,	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym nie przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
Ważność orzeczenia: <input type="checkbox"/> stała <input type="checkbox"/> okresowa do	

II.A. Rodzaj niepełnosprawności*

1.	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2.	inna dysfunkcja narządu ruchu	
3.	dysfunkcja kończyn górnych	
4.	dysfunkcja narządu wzroku	
5.	dysfunkcja narządu słuchu	
6.	dysfunkcja narządu mowy	
7.	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
8.	mózgowe porażenie dziecięce	
9.	schorzenie układu oddechowego	
10.	schorzenie układu krążenia	
11.	schorzenie układu neurologicznego	
12.	pozostałe schorzenia nie wymienione w poz. 1-11 (proszę wymienić)	
	

III.A. Sytuacja zawodowa*

1.	zatrudniony /prowadzący działalność gospodarczą	
2.	osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3.	bezrobotny poszukujący pracy /rencista poszukujący pracy	
4.	rencista /emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
5.	dzieci i młodzież do lat 18	

IV.A. Sytuacja mieszkaniowa* - zamieszkuje

1.	samotnie	
2.	z rodziną	
3.	z osobami nie spokrewnionymi	

V.A. Sytuacja mieszkaniowa* - warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum po przeprowadzeniu wizji lokalnej) -

1.	złe	
2.	przeciętne	
3.	dobrze	
4.	bardzo dobre	

VI.A. Sytuacja mieszkaniowa -opis budynku i mieszkania

1.	Dom:* jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne	
2.	Budynek:* parterowy, piętrowy, mieszkanie na (proszę podać kondygnację)	
3.	Przybliżony wiek budynku lub rok budowy	
4.	Opis mieszkania:* pokoje (podać liczbę), z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z wc, bez wc	
5.	Łazienka jest wyposażona w:* wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę	
6.	W mieszkaniu jest:* instalacja wody zimnej, ciepłej; kanalizacja; centralne ogrzewanie; prąd; gaz	
7.	Inne informacje o warunkach mieszkaniowych	

VIII.B. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania

.....
.....

Załączniki:

Wymagane przy składaniu wniosku

Lp.	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia
		(właściwie zaznaczyć)	<i>Wypełnia PCPR</i>	
1.	Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, a w przypadku dzieci do lat 16- stu kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).			
2.	Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (oryginał do wglądu).			
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie (ważne 30 dni) o rodzaju schorzenia, wypełnione czytelnie w języku polskim. (Załącznik nr 2 do wniosku)			
4.	Oświadczenie o wysokości dochodów netto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym – obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, którym składany jest wniosek. (Załącznik Nr.1 do wniosku).			
5.	Inne dokumenty a) dowód osobisty (oryginał do wglądu) b) fakturę proforma- wymaganego sprzętu, c) kopię dokumentów potwierdzających prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. opiekun prawny, pełnomocnik) oryginał do wglądu , d) oświadczenie wnioskodawcy (Załącznik nr 3 do wniosku), e) upoważnienie (Załącznik Nr 4 do wniosku), f) inne.			

Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego.

Oświadczam, że jestem świadomy faktu, iż dofinansowanie ze środków PFRON nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przeze mnie przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.

Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec PFRON oraz że w ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem(am) stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych i osób pozostających razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji przez PCPR w Łowiczu zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.).

Oświadczam, że nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o dofinansowanie na ten sam cel ze środków PFRON ze pośrednictwem innego powiatu.

UWAGA!

Podanie przez wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą skutkuje przekazaniem wniosku do archiwum bez rozpatrzenia.

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 oraz treści art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny (t. j. Dz. U. z 2018 poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, że informacje zawarte we wniosku oraz w załącznikach do wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

..... data podpis Wnioskodawcy* Przedstawiciela ustawowego* Opiekuna prawnego* Pełnomocnika* Kuratora*
---------------	---

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku

..... podpis pracownika PCPR w Łowiczu

UWAGA!

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku, gdy na formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu - załącznik nr”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

* właściwe zaznaczyć

UWAGA!

Wypełnia Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny, Pełnomocnik lub Kurator

Imię i nazwisko:				
Data urodzenia	Dowód osobisty wydany w dniu	Przez		
Ważny do	PESEL	NIP		
Nazwa banku		Nr rachunku bankowego		
Ulica/ Miejscowość	Nr posesji/lokalu	Kod pocztowy	Poczta	Gmina
Powiat	Województwo	Nr. tel. komórkowego	Nr. tel. stacjonarnego	
Ustanowiony opiekunem* /pełnomocnikiem* kuratorem*				
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt* / na mocy pełnomocnictwa				
potwierdzonego przezz dn.).				

* właściwe zaznaczyć

O Ś W I A D C Z E N I E

o wysokości dochodów

dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu - w celu dofinansowania ze środków PFRON - likwidacji barier technicznych.

Ja, niżej podpisany (a) zamieszkały (a):
/imię i nazwisko/

□□-□□□..... ulica/miejscowość

Nr domu, nr mieszkania, gm.

oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Przeciętny * miesięczny dochód - netto	Rodzaj dochodu
Dane dotyczące Wnioskodawcy:					
1.					
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
Przeciętny miesięczny dochód rodziny netto					-----

Oświadczam, że:

1. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

2. Przeciętny miesięczny dochód rodziny netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc w którym składany jest wniosek, przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym wyniósł zł.

3. Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

4. W przypadku jakiegokolwiek zmiany dochodów przed podjęciem decyzji w sprawie wniosku no dofinansowanie likwidacji barier technicznych, poinformuję o tym fakcie PCPR w Łowiczu.

....., data.....
(miejscowość)

.....
podpis Wnioskodawcy Przedstawiciela ustawowego**
Opiekuna prawnego Pełnomocnika* Kuratora**

POUCZENIE

Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, to dochód pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz 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.

.....
(pieczęć zakładu Opieki Zdrowotnej)

data

**Uwaga! Zaświadczenie jest ważne przez okres 30 dni od daty wystawienia
Zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista**

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu celem ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zakupu urządzeń z zakresu likwidacji barier technicznych.

Prosimy wypełnić w języku polskim.

1. Dane osoby , której dotyczy wnioski o przyznanie dofinansowania do likwidacji barier technicznych ze środków PFRON:

- a) **Imię i Nazwisko**
- b) **Adres zamieszkania na stałe**
- c) **Data i miejsce urodzenia**

2. Ze względu na rodzaj niepełnosprawności (schorzenia) spowodowany

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

Osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt.1 ma trudności w funkcjonowaniu w miejscu zamieszkania polegające na:

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

3. Trudności te mogą zostać zlikwidowane /ograniczone poprzez korzystanie z następujących o urządzeń, sprzętów, pomocy technicznych:

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

Posiadanie ww. urządzeń, sprzętu, itp. zlikwiduje bariery techniczne w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, tym samym wpłynie na poprawę jej funkcjonowania następujący sposób:

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

.....
(pieczęć lekarza specjalisty)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY
o posiadaniu środków na wkład własny

(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON

dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu
w celu dofinansowania likwidacji barier technicznych.

Niniejszym oświadczam, że Ja

zamieszkały/a

.....

.....

posiadam środki finansowe na wkład własny.

....., data

(miejscowość)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
/nazwisko i imię/

□□-□□□□

/kod pocztowy/ /poczta/

.....
/miejscowość, ulica/ /nr domu, lokalu/

gm.

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam

/imię i nazwisko osoby upoważnionej/

zamieszkałego/a/.....

legitymującego/a/ się dowodem osobistym wydanym w dniu

przez ważnym do dnia

PESEL do:

Wpłaty dofinansowania przyznanego mi ze środków PFRON do likwidacji barier technicznych na niżej wskazany numer konta

.....
Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych oraz osób pozostających razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym w bazie danych dla potrzeb realizacji przez PCPR w Łowiczu zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.).

.....
/podpis Wnioskodawcy/

..... data

/miejscowość/

Potwierdzam własnoręczność podpisu Wnioskodawcy.

.....
/podpis/

..... data

/miejscowość/

Dowód osobisty wydany w dniu przez

ważny do Nr PESEL

KLAUZULA INFORMACYJNA
do przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, informuję Pana/Panią, że:

Administratorem Pana/i Danych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu
99-400 Łowicz, ul. Podrzeczna 30

Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych oraz udostępnia jego dane kontaktowe: Karolina Koprowska
pcprlowicz@poczta.fm
46/816-00-28, 837-03-44 w. 26

Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu: Realizacji zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych i wydanych do niej rozporządzeń wykonawczych

Podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest: Udzielona przez Pana/Panią zgoda na przetwarzanie danych wynika z obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z powyższej ustawy.

Informacja o przekazywaniu danych do innych podmiotów: Pana/Pani dane są przekazywane innym organom i podmiotom niewymienionym w przepisach prawa w celach wskazanych powyżej. Odbiorcami danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane będą przechowywane przez **10** lat, zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu w porozumieniu z Dyrektorem Archiwum Państwowego w Warszawie w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwum zakładowego

Ma Pani/Pan prawo do:

1. dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania,
2. usunięcia lub ograniczenia przetwarzania swoich danych,
3. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
4. przenoszenia danych,
5. cofnięcia wyrażonej zgody na przetwarzanie danych,
6. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy przetwarzanie danych narużyłoby przepisy ogólne rozporządzenia.

Podane przez Panią/Pana dane są: Wymogiem ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych i wydanych do niej rozporządzeń. Konsekwencją niepodania danych będzie niezafatwienie sprawy.

Pani/Pana dane: Nie podlegają zautomatyzowanemu systemowi podejmowania decyzji, w tym profilowaniu.

.....
Data i czytelny podpis petenta
od którego zbierane są dane

.....
Podpis pracownika