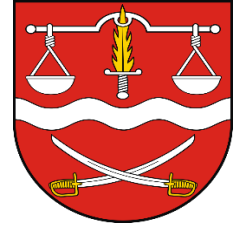




**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
W SIEDLCACH**



Numer sprawy.....

**Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
ul. J. Piłsudskiego 40
08-110 Siedlce**

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania
osoby niepełnosprawnej.**

Dane dotyczące Wnioskodawcy :

..... syn/ córka
imię i nazwisko *imię ojca*

seria.....nr.....wydany w dniuprzez
dowód osobisty

nr PESEL

Miejscowość.....ulicanr domunr lokalu
dokładny adres zamieszkania

nr kodu - poczta powiat

nazwa banku numer rachunku bankowego
.....

Wniosek składam :

1. po raz pierwszy		
2. po raz kolejny – wpisać rok złożenia ostatniego wniosku		

Orzeczenie : czasowe do dnia stałe

Stopień niepełnosprawności (zaznaczyć X)

1. znaczny	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998r., którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• dzieci i młodzież do lat 16 z orzeczeniem zaliczonym do osób niepełnosprawnych	
2. umiarkowany	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998r. bez prawa do zasiłku pielęgnacyjnego	

Rodzaj niepełnosprawności

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu lub mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik Centrum):

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

Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania (proszę podkreślić właściwą odpowiedź):

1. dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*, własnościowy, inne*
2. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na piętrze
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

Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje:

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

* właściwe zaznaczyć

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**, wyniósłzł.

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.

Informacja o korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (w ciągu ostatnich trzech lat)

Oświadczam, że nie korzystałam(em) ze środków PFRON
(na likwidację barier architektonicznych)

Korzystałam(em) ze środków PFRON na:

Przedmiot dofinansowania/ zakres prac objętych umową / cel umowy	Data otrzymania /nr umowy	Kwota dofinansowania	Dofinansowanie zostało	
			rozliczone	nierozliczone
1.				
2.				
3.				

Deklarowany udział własny Wnioskodawcy, inne źródła finansowania zadania

1. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania	%
2. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania	%

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu:

.....
(słownie):..... zł

Miejsce realizacji zadania

.....

Cel dofinansowania, uzasadnienie wnioskowanych przedsięwzięć:

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

Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy) i przewidywany koszt ich realizacji:

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

Planowany termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

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

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6.06.1997r. – Kodeks Karny oświadczam, że 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. Dofinansowaniem nie mogą być objęte koszty realizacji zadania poniesione przed zawarciem umowy na dofinansowanie ze środków Funduszu. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/ kontroli w miejscu realizacji zadania oraz rejestrację i utrwalanie przebiegu wizji/ kontroli (min. sporządzanie fotografii, filmów).

.....

Data

.....

(podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/ pełnomocnika)

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn/ córka
imię i nazwisko *imię ojca*

seria.....nr.....wydany w dniuprzez.....
dowód osobisty

nr PESEL

Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu
dokładny adres

nr kodu -poczta powiat

ustanowiony opiekunem/ pełnomocnikiem

Do wniosku należy dołączyć następujące dokumenty:

Do I etapu:

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r., (*oryginał do wglądu*).
2. Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą (*oryginał do wglądu*).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie wypełnione na druku stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego wniosku.
4. Dokument potwierdzający własność lub wieczyste użytkowanie budynku lub mieszkania, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych.
5. Zgoda właściciela budynku (w przypadku gdy wnioskodawca nie jest właścicielem budynku).
6. Potwierdzenie stałego zameldowania w lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych.
7. Zaświadczenie kierownika Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
8. W przypadku osób niezdolnych do złożenia podpisu na wniosku- pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
9. Inne załączniki.

Do II etapu:

1. Szkic, projekt budowlany wnioskowanych do dofinansowania prac
2. Kosztorys ofertowy
3. Pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach)
4. Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach),
5. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego,
6.
7.
8.

KLAUZULA INFORMACYJNA
dotycząca udzielania dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier
architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 119, s. 1) – dalej RODO - informujemy, że:

- I. **Administratorami danych osobowych** są:
 - Kierownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siedlcach, adres: ul. J. Piłsudskiego 40, 08-110 Siedlce, adres e-mail: pcpr@pcprsiedlce.pl, tel./fax 25 644 81 72,
 - Starosta Siedlecki, adres: ul. J. Piłsudskiego 40, 08-110 Siedlce, adres e-mail: starostwo@powiatsiedlecki.pl, tel. 25 644 72 16.
- II. **Z Inspektorem Ochrony Danych** wyznaczonym do kontaktów z osobami, których dane dotyczą w sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących im na mocy rozporządzenia 2016/679, można skontaktować się pisząc na adres e-mail: iod@pcprsiedlce.pl w zakresie danych przetwarzanych przez PCPR w Siedlcach oraz na adres iod@powiatsiedlecki.pl – w zakresie danych przetwarzanych przez Starostę Siedleckiego lub na adres siedziby wskazany w pkt. I.
- III. **Cele i podstawy przetwarzania**
Dane osobowe będą zbierane i przetwarzane w celu udzielenia dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i innych przepisów wykonawczych właściwych do zakresu wnioskowanego dofinansowania oraz umowy (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. b, c RODO), a następnie w celach archiwalnych (ustawa z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach).
- IV. **Odbiorcy danych**
Dane osobowe mogą zostać ujawnione podmiotom przetwarzającym dane osobowe w imieniu Administratora, wspomagającym funkcjonowanie systemów informatycznych oraz innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
- V. **Okres przechowywania danych**
Dane osobowe wskazane w pkt. III będą przechowywane zgodnie z obowiązującą w PCPR w Siedlcach Instrukcją kancelaryjną oraz przepisami o archiwizacji dokumentów.
- VI. **Prawa osób, których dane dotyczą:**
Zgodnie z RODO, przysługuje:
 - a. prawo dostępu do swoich danych osobowych;
 - b. prawo do sprostowania swoich danych;
 - c. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
 - d. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych - gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.Nie przysługuje Pani/Panu:
 - a. prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
 - b. prawo do usunięcia przetwarzanych danych osobowych;
 - c. na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c.
- VII. **Informacja o wymogu dobrowolności podania danych**
Podanie danych zawartych we wniosku jest wymogiem ustawowym. Osoba, której dane dotyczą jest zobowiązana do ich podania. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.
- VIII. **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**
Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4.

Zapoznałem / zapoznałam się

.....
Data i czytelny podpis

.....
imię i nazwisko

ZGODA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie numeru telefonu:..... przez Administratora – Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siedlcach, adres: ul. Piłsudskiego 40, 08-110 Siedlce celem kontaktowania się w związku ze złożonym wnioskiem.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wycofania zgody na przetwarzanie w/w numeru telefonu w dowolnym momencie, poprzez przesłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na adres PCPR w Siedlcach lub na adres e-mail: pcpr@pcprsiedlce.pl i mam świadomość, że wycofanie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
czytelny podpis

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 119, s. 1) – dalej RODO - informujemy, że:

- IX. Administratorem danych osobowych** w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Siedlcach jest kierownik PCPR w Siedlcach, adres: ul. J. Piłsudskiego 40, 08-110 Siedlce, adres e-mail: pcpr@pcprsiedlce.pl tel./fax 25 644 81 72.
- X. Z Inspektorem Ochrony Danych** wyznaczonym do kontaktów z osobami, których dane dotyczą w sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących im na mocy rozporządzenia 2016/679 można skontaktować się pisząc na adres e-mail: iod@pcprsiedlce.pl, iod@powiatsiedlecki.pl
- XI. Cele i podstawy przetwarzania**
Dane osobowe podane w powyższym formularzu będą przetwarzane w celu telefonicznego kontaktowania się w związku ze złożonym wnioskiem w wersji papierowej oraz w Systemie Obsługi Wsparcia o udzielenie dofinansowania ze środków PFRON (system SOW) na podstawie ustawy z dnia 27.08.1997r. „o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych”.
- XII. Odbiorcy danych**
Odbiorcami danych osobowych będą podmioty współpracujące z mocy prawa w zakresie realizacji wniosku o przyznanie dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON. Dane osobowe mogą zostać ujawnione podmiotom przetwarzającym dane osobowe w imieniu Administratora wspomagającym funkcjonowanie systemów informatycznych.
- XIII. Okres przechowywania danych**
Dane osobowe przetwarzane w celu wskazanym w pkt. III będą przechowywane do czasu cofnięcia zgody.
- XIV. Prawa osób, których dane dotyczą:**
Zgodnie z RODO, przysługuje Pani/Panu:
- prawo dostępu do swoich danych osobowych;
 - prawo do sprostowania (poprawiania) danych;
 - prawo do usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych;
 - do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
- XV. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych**
Podanie danych jest dobrowolne. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości telefonicznego kontaktowania się w związku ze złożonym wnioskiem.
- XVI. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**
Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4.

Zapoznałem / zapoznałam się

.....

data i czytelny podpis

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla ubiegającego się o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
w celu przedłożenia do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siedlcach

Dane osoby, której dotyczy wniosek o przyznanie dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Miejsce zamieszkania

Nr PESEL

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

.....

Osoba niepełnosprawna porusza się:

- samodzielnie
- przy pomocy balkonika
- przy pomocy kuli lub kul
- sporadycznie na wózku inwalidzkim
- wyłącznie na wózku inwalidzkim
- na wózku inwalidzkim przy pomocy osób drugih
- jest osobą leżącą

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie