

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych

CSI.....

Dane dotyczące wnioskodawcy

Imię i Nazwisko.....

seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....
(dowód osobisty)

nr PESEL....., adres zamieszkania :

miejsowość.....ulica.....

nr domu.....nr lokalu.....nr kodu

poczta.....województwo.....powiat.....

nr tel./fax

Nazwa banku i numer rachunku bankowego.....

Stopień niepełnosprawności

Rodzaj niepełnosprawności

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą w tym (osoby niepełnosprawne)

Nazwisko i Imię - pokrewieństwo	Wiek	Miejsce pracy / nauki	Średni miesięczny dochód
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
Średni miesięczny dochód na jednego członka			

Średni miesięczny dochód – dochód pomniejszony o zaliczkę na podatek dochodowy, składkę na ubezpieczenie emerytalne, rentowe i chorobowe oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczany za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał wcześniej ze środków PFRON : TAK NIE

Jeśli tak, to na jaki cel:

Wysokość przyznanych środków data:

nr umowy

Informacje o przedmiocie wniosku

Przedmiot dofinansowania:
Miejsce realizacji zadania :

Cel, uzasadnienie konieczności zakupu urządzenia z zakresu likwidacji barier technicznych (w uzasadnieniu należy opisać niepełnosprawność wnioskodawcy i ograniczenia wynikające z niepełnosprawności oraz opisać w jaki sposób zakup wnioskowanego urządzenia umożliwi lub znacznie ułatwi wnioskodawcy wykonywanie codziennych czynności lub samodzielne funkcjonowanie. W uzasadnieniu należy także wpisać inne informacje mające wpływ na zasadność wniosku np. czy wnioskodawca posiada urządzenia podobne do wnioskowanych lub spełniające podobną funkcję.)

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

Koszt realizacji zadania zł.
Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania.....zł
słownie.....

Inne źródła finansowania zadania :

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

Przedstawiciel ustawowy(dla małoletniego wnioskodawcy),opiekun prawny lub pełnomocnik
Imię i Nazwisko

seria.....nr.....wydany w dniu.....

(dowód osobisty)

nrPESEL..... adres zamieszkania
miejscowość.....ulica.....

(dokładny adres)

nr domu.....nr lokalu.....nr kodu.....poczta.....

województwo.....powiat.....

nr tel./fax

ojciec */ matka*, ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*.....(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.sygn.akt/na mocy

pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza.....

z dniarepert.nr.....).

Nazwa banku i numeru rachunku bankowego.....

.....

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art.233 §1 i §2 Kodeksu Karnego (Dz. U. z dnia 6 czerwca 1997r.,Nr 88 poz.553 z póź zm.). za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczam iż zostałam/em poinformowany o nie podejmowaniu działań związanych z realizacją zadania tj. dokonywania zakupów materiałów, sprzętu oraz rozpoczynania prac przed podpisaniem umowy.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kłobucku.

Data.....

Podpis.....

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia stwierdzającego niepełnosprawność (orzeczenie)wnioskodawcy.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności innych osób niepełnosprawnych mieszkających wspólnie z wnioskodawcą .
- 3.Aktualne zaświadczenie lekarskie .
- 4.Zaświadczenie / Oświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą .
- 5.Zaświadczenie z PUP o stwsusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
- 6.Inne.....

* niepotrzebne skreślić

Zaświadczenie Lekarskie o stanie zdrowia

(załącznik do wniosku osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie do likwidacji barier technicznych)

Imię i Nazwisko.....
Adres zamieszkania.....
Data urodzenia.....

Rodzaj niepełnosprawności , schorzenie

.....

.....

.....

.....

Nazwa urządzenia , którego zakup umożliwi lub znacznie ułatwi niepełnosprawnemu wykonywanie podstawowych ,codziennych czynności lub samodzielną egzystencję

.....

.....

.....

Ograniczenia wynikające z niepełnosprawności pacjenta uzasadniające potrzebę zakupu w/w urządzenia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

Poniższe zasady stosuje się począwszy od dnia 25 maja 2018 roku.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Skorupki 46, 42-100 Kłobuck jest: Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kłobucku.
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy pod adresem e-mail: iod-pk@powiatklobucki.pl
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe Pani/Pana/osób pozostających z Panią/Panem we wspólnym gospodarstwie domowym/przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika w związku z realizacją przez podmiot zadań publicznych na podstawie obowiązujących przepisów prawa i zawartych umów.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu:
 - a. niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kłobucku w związku z realizowaniem jego celów statutowych w zakresie zadań określonych ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zleconych Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie w Kłobucku przez podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa;
 - b. realizacji umów.
5. Dane osobowe nie będą udostępniane, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
7. Na zasadach określonych przepisami ogólnego rozporządzenia j/w o ochronie danych, posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora:
 - a. dostępu do treści swoich danych osobowych,
 - b. sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych,
 - c. usunięcia swoich danych osobowych,
 - d. ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych,
 - e. przenoszenia swoich danych osobowych,
 - f. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych.Pozytywne rozpatrzenie prawa do usunięcia i ograniczenia przetwarzania danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.

.....
Miejscowość, data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
Czytelny podpis