



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

.....
Nr sprawy (wypełnia pracownik PCPR)

.....
data wpływu wniosku do PCPR

**Wniosek
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ
dla osoby niepełnosprawnej**

1. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko	PESEL
Adres zamieszkania	
Adres zameldowania	
Adres korespondencyjny (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)	

2. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania		
Numer PESEL		
☐ przedstawiciel ustawowy	☐ opiekun prawny*	☐ pełnomocnik*
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....		
sygnatura akt.....		
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczanego przez notariusza.....		
..... dnianr repertorium.....		



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuszy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

3. Określenie stopnia niepełnosprawności: (zaznacz właściwe)

- ☐ stopień znaczny (I grupa), niezdolność do samodzielnej egzystencji
- ☐ stopień umiarkowany (II grupa), całkowita niezdolność do pracy
- ☐ stopień lekki (III grupa), częściowa niezdolność do pracy
- ☐ osoba niepełnosprawna w wieku do lat 16

4. Rodzaj niepełnosprawności: (zaznacz właściwe)

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- ☐ wrodzony brak lub amputacja kończyn górnych
- ☐ inna dysfunkcja narządu ruchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ inne schorzenia:

5. Sytuacja zawodowa: (zaznacz właściwe)

- ☐ zatrudniona/y prowadząca/y działalność gospodarczą
- ☐ osoba w wieku od 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- ☐ bezrobotna/y poszukująca/y pracy / rencista/ka poszukująca/y pracy
- ☐ rencista/ka emeryt/ka nie zainteresowana/y podjęciem pracy
- ☐ dzieci i młodzież do lat 18

6. Inne osoby niepełnosprawne zamieszkujące z wnioskodawcą

Lp.	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj/symbol niepełnosprawności
1			
2			
3			
4			

7. Osoba niepełnosprawna zamieszkuje: (zaznacz właściwe)

- ☐ samotnie (gospodarstwo jednoosobowe) ☐ z rodziną ☐ z osobami nie spokrewnionymi

8. Sposób poruszania się: (zaznacz właściwe)

- samodzielnie ☐ TAK ☐ NIE
- na wózku inwalidzkim ☐ TAK ☐ NIE
- o kulach lub łasce ☐ TAK ☐ NIE



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

9. Rozpoznanie potrzeb wnioskodawcy wynikających z niepełnosprawności:

(dotyczy zakupu sprzętu komputerowego)

1. Czy w związku z rodzajem schorzenia wnioskodawca wymaga specjalistycznego oprogramowania:
☐ TAK
☐ NIE
2. Czy w związku z rodzajem schorzenia wnioskodawca wymaga specjalistycznego oprzyrządowania komputera (np. klawiatury z kontrastującymi literami, nakładki na klawiaturę, nakładki na głowę lub inne w zależności od potrzeb):
☐ TAK
☐ NIE
3. Czy wnioskodawca objęty jest pomocą logopedyczną lub inną mającą na celu rehabilitację mowy lub słuchu:
☐ TAK
☐ NIE

10. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON

(obejmuje dofinansowania otrzymane na podstawie zawartych umów) ☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, to proszę wypełnić poniższą tabelkę:

Lp.	Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania
1				
2				
3				

11. Przedmiot dofinansowania:

.....

.....

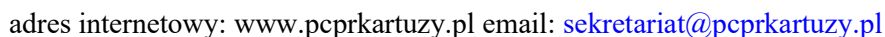
.....

12. Uzasadnienie wniosku (proszę podać w jaki sposób przedmiot dofinansowania określony w punkcie 11 przyczyni się do poprawy komunikowania się osoby niepełnosprawnej z otoczeniem):

.....

.....

.....



Czy wnioskodawca przebywa w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej np. dom pomocy społecznej? (właściwe zaznaczyć) ☐ TAK ☐ NIE



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzi.pl email: sekretariat@pcprkartuzi.pl

Oświadczam, że:

- ✓ średni miesięczny dochód (netto) na osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł

słownie:.....zł

w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

UWAGA! Do dochodu nie wlicza się świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku i dodatku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych

- ✓ **liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi**
- ✓ nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- ✓ adres podany we wniosku jest stałym miejscem zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
- ✓ zobowiązuję się do niezwłocznego zgłoszenia każdej zmiany związanej z fakturą (korekta, wystawienie duplikatu, itp.), na podstawie której przyznano dofinansowanie.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Administrator Danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. art. 7 ust. 3, informuje o możliwości wycofania zgody udzielonej na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu ułatwienia kontaktu w sprawach wynikających z obowiązku prawnego realizowanych przez Administratora Danych, **DOBROWOLNIE WYRAŻAM ZGODĘ** na przetwarzanie moich danych osobowych tj.:

Numer telefonu

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuszy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Załączniki do wniosku:

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu),
2. kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie mieszkających z wnioskodawcą (oryginały do wglądu),
3. aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności wg załącznika,
4. oferta cenowa dotycząca zakupu wnioskowanego urządzenia lub przedmiotu (w przypadku kilku elementów składowych należy określić ich ceny jednostkowe) w przypadku sprzętu komputerowego również oprogramowania,
5. opinia psychologa, pedagoga szkolnego, logopedy bądź poradni psychologiczno-pedagogicznej,
6. w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),
7. w przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika – kopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza (oryginał do wglądu).

Uwaga:

Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania. Prace/zakupy dokonane przed podpisaniem umowy nie podlegają dofinansowaniu.

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



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach**.

1. Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, sekretariat@pcprkartuzy.pl
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@pcprkartuzy.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych związanym m.in. z udzieleniem dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się dla osoby niepełnosprawnej.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
5. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie o ochronie danych osobowych.
6. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
7. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

.....

data i czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzi.pl email: sekretariat@pcprkartuzi.pl

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób

Niepełnosprawnych
likwidacji barier w komunikowaniu się

Imię i nazwisko:

PESEL:

Miejsce zamieszkania:

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

2. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe):

- ☐ upośledzenie umysłowe
- ☐ choroby psychiczne
- ☐ zaburzenia głosu, mowy
- ☐ choroby słuchu
- ☐ choroby narządu wzroku
- ☐ choroby narządu ruchu:

- ☐ z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- ☐ bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim

☐ inne schorzenie:

3. Uwagi dodatkowe:

.....

.....

.....

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza