DRSON.……………....…/ ………… …………………………………..

 *numer wniosku data wpływu wniosku do PCPR*

# W N I O S E K

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**

 **Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się, technicznych**

**I. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek**

………………………………………………………….........................................................

*imię (imiona) i nazwisko*

nr PESEL ……………………………....................................................................................

miejscowość ………………… ulica …………………… nr domu …… nr lokalu………

*dokładny adres*

kod.. ……-………… poczta ………………………… powiat ………...…………………..

 nr tel. …..................................................................................................……………………

  **Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika**

 **wnioskodawcy:**

………………………………………………………….........................................................

*imię (imiona) i nazwisko*

nr PESEL …………………………………………………………………….……...………

miejscowość …………………… ulica …………………… nr domu …… nr lokalu…….

*dokładny adres*

kod.. ……-…..…… poczta …………………………… powiat ……..………………..…..

 **II. Przedmiot dofinansowania**

………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..……

1. **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, wynosił …………………………………zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi………..…………….………

 **IV. Nazwa banku i nr rachunku** ….............................………………..……………….......

 ……………………………………………………………………..…………………………

 **V. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania (uzasadnienie)**

………………………………………………………………………………………………….…...……………………………………………………………………………………………….……...…………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………

 **VI. Przewidywany koszt realizacji zadania** ……………………………………………….

 **VII. Termin rozpoczęcia**………………………………... **i przewidywany czas realizacji**

 **zadania** …………………………………………………………………………….…….….

 **VIII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji**

 **Osób Niepełnosprawnych** □ **TAK** □ **NIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cel dofinansowania**  | **Nr zawartej umowy**  | **Data przyznania dofinansowania** | **Stan rozliczenia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **IX. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON**

………………………………………………………………………………….....................

**X. Dane dodatkowe**

 **Rodzaj niepełnosprawności**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim |  |
|  | inna dysfunkcja narządu ruchu |  |
|  | dysfunkcja narządu wzroku |  |
|  | dysfunkcja narządów słuchu i mowy |  |
|  | deficyt rozwojowy ( upośledzenie umysłowe)  |  |
|  | niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |  |

###  Sposób poruszania się

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **TAK** | **NIE** |
| 1. | samodzielnie  |  |  |
| 2. | na wózku inwalidzkim  |  |  |
| 3. | o kulach lub lasce |  |  |
| 4. | korzysta z pomocy innej osoby |  |  |

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam,że powyższe dane są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że **nie mam/ mam\*** zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)\*** odpowiednio na te cele dofinansowania ze środków Funduszu.

 **……………………………………………**

(data i podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,

opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)

**\*niepotrzebne skreślić**

**Załączniki do wniosku:**

**(Wniosek należy dostarczyć wypełniony z kompletem wymaganych załączników)**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu).
2. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty lub specjalisty, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności (druk w załączeniu).
3. Pełnomocnictwo udzielone przez wnioskodawcę na rzecz pełnomocnika w formie notarialnej (jeżeli dotyczy).

**W przypadku dofinansowania do zakupu komputera**

**-** orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania lub opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka lub orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych ze względu na niepełnosprawność wydane przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną,

**-** opinia lub zaświadczenie (psychologa, pedagoga, logopedy) zatrudnionego w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej, potwierdzające wskazanie do korzystania ze sprzętu komputerowego w procesie rehabilitacji (dzieci i młodzież),

**-** zaświadczenie lekarskie – lekarza specjalisty o potrzebie rehabilitacji leczniczej, społecznej lub zawodowej przy użyciu sprzętu komputerowego (osoby dorosłe).

**Dofinansowanie innych przedmiotów i urządzeń:**

- zaświadczenie lekarskie – lekarza specjalisty lub specjalisty

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że

1. *Administratorem przekazanych danych osobowych jest* ***Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie, ul. Miła 26, 77-100 Bytów;***
2. *Z Inspektorem ochrony danych można kontaktować się e-mailowo:* pod adresem - iod@pcprbytow.pl
3. *Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;*
4. *Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c 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);*
5. *Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie konsekwencjami określonymi w ustawach wskazanych w pkt 3;*
6. *Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania;*
7. *Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;*
8. *Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;*
9. *Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie i nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.*

..…………………………………. ……………………………………………

(miejscowość data) (podpis wnioskodawcy)