

.....  
Nr sprawy

.....  
Data wpływu

## Wniosek

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (dalej: Fundusz) likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych osoby niepełnosprawnej<sup>1</sup>.**

### **I. Dane dotyczące osoby ubiegającej się o dofinansowanie (osoba niepełnosprawna)**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania<sup>2</sup> .../.../ - .../.../.....

Numer telefonu<sup>3</sup> .....

Numer ewidencyjny Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności (PESEL)

– w przypadku jego nadania .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../

**DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB PEŁNOMOCNIKA (wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy osoba ubiegająca się o dofinansowanie jest: osoba niepełnoletnia / ubezwłasnowolniona częściowo / ubezwłasnowolniona całkowicie lub gdy osoba ubiegająca się o dofinansowanie ustanowiła pełnomocnika)**

Imię i nazwisko.....

Adres korespondencyjny .../.../ - .../.../.....

Numer telefonu<sup>2</sup> .....

### **II. Przedmiot dofinansowania (nazwa).**

.....

.....

<sup>1</sup> O dofinansowanie ze środków Funduszu zadań na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności, a także jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem. **DOFINANSOWANIE NIE MOŻE OBEJMOWAĆ KOSZTÓW REALIZACJI ZADANIA PONIESIONYCH PRZED PRYZNANIEM ŚRODKÓW FINANSOWYCH I ZAWARCIEM UMOWY O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU. DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ I TECHNICZNYCH NIE PRZYSŁUGUJE OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM, KTÓRE W CIĄGU TRZECH LAT PRZED ZŁOŻENIEM WNIOSKU UZYSKAŁY ODPOWIEDNIO NA TE CELE DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU.**

<sup>2</sup> Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu / w przypadku osób bezdomnych lub osób niepełnosprawnych pozostających pod opieką - należy wpisać miejsce pobytu. Adres ten jest również adresem korespondencyjnym (nie dot. przypadku, gdy w postępowaniu występuje przedstawiciel ustawowy / pełnomocnik).

<sup>3</sup> Podanie numeru telefonu jest dobrowolne i służy wyłącznie do ewentualnego kontaktu organu z osobą ubiegającą się o dofinansowanie (*lub jej przedstawicielem ustawowym / pełnomocnikiem*) do celów związanych z prowadzonym postępowaniem – podając numer telefonu wyrażają Państwo zgodę na jego przetwarzanie.

### **III. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.**

Oświadczam, iż mój przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych<sup>4</sup>, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił.....zł.(**netto**),

(słownie: .....zł)

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

w tym osób niepełnosprawnych.....

### **IV. Nazwa banku i numer rachunku bankowego**

Nazwa banku .....

Numer rachunku bankowego.....

### **V. Miejsce realizacji zadania oraz cel dofinansowania**

Miejsce realizacji zadania .....

Cel realizacji dofinansowania (uzasadnienie) .....

.....

.....

.....

.....

### **VI. Przewidywany koszt realizacji zadania**

.....

słownie: ..... zł.

### **VII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania**

Termin rozpoczęcia zadania .....

Czas realizacji zadania.....

<sup>4</sup> Zgodnie z ustawą z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1952 z późn. zm.).

### **VIII. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę**

Oświadczam, iż na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wartość nakładów dotychczas poniesionych przez moją osobę wyniosła .....zł

słownie: ..... zł

Źródła dotychczasowego finansowania.....

### **IX. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania**

.....  
.....

### **X. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków Funduszu<sup>5</sup>:**

1.  NIE przyznano wcześniej środków z Funduszu
2.  TAK przyznano wcześniej środki z Funduszu. Jeżeli TAK to należy podać:

- a) numer zawartej umowy:.....
- b) cel (przedmiot) dofinansowania:.....
- c) rok przyznania dofinansowania:.....
- d) stan rozliczenia.....

### **XI. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON**

..... zł.

słownie:..... zł.

### **XII. Sytuacja zawodowa wnioskodawcy<sup>5</sup>**

1.  dzieci i młodzież w wieku do 18 lat;
2.  młodzież w wieku od 18 do 24 lat ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca;
3.  zatrudniony / bezrobotny / osoba poszukująca pracy;
4.  rencista / emeryt.

.....  
(data i podpis)

<sup>5</sup> Właściwe miejsce zaznaczyć stawiając w polu „” znak: „”

## Załączniki do wniosku:

1. **Uwierzytelniona kopia (kserokopia)** ostatecznego (prawomocnego) orzeczenia lub kopię wypisu z treści ostatecznego (prawomocnego) orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.; dalej: ustawa o rehabilitacji), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy o rehabilitacji, uwierzytelnioną kopię (kserokopię) ostatecznego (prawomocnego) orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.
2. **Fakultatywnie** - aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę czytelnie i w języku polskim lub dokumentację potwierdzającą potrzebę likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych, a także fakt, iż ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.
3. **W przypadku**, gdy osoba ubiegająca się o dofinansowanie (wnioskodawca) działa przez pełnomocnika lub przedstawiciela ustawowego - oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa / oryginał lub poświadczoną kopię postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

### KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O DOFINANSOWANIE DO LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ I BARIER TECHNICZNYCH

#### I.

##### [Administrator danych osobowych]

1. **Administratorem danych** osobowych (dalej: ADO) jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Będzinie (PCPR) z siedzibą w Będzinie (42-500 Będzin), ul. Ignacego Krasickiego 17, reprezentowane przez Dyrektora PCPR.
2. **Użytkownicy mogą** się kontaktować z administratorem:
  - 1) **korrespondencyjnie** na wskazany powyżej adres organu;
  - 2) **e-mailowo** na adres: pcprbedzin@powiat.bedzin.pl

#### II.

##### [Cele, podstawy prawne oraz okres retencji danych osobowych]

1. **Dane osobowe** przetwarzane są w celu prowadzenia postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków Funduszu do likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych tj.: - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b 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 (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, s.1), w związku z art. 35a ust. 1 pkt 7 lit. d oraz ust. 4 ustawy o rehabilitacji, **a także** w zakresie niezbędnym do późniejszego (*ewentualnego*) zawarcia umowy - na dofinansowanie zadania ze środków Funduszu – celem realizacji warunków tejże umowy.
2. **Mogą również** wystąpić przypadki, w których organ zwróci się o wyrażenie zgody - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO – na przetwarzanie danych osobowych w określonym celu i zakresie – w tym celu zostaną Państwo poproszeni o wyrażenie zgody.
3. **Dane osobowe** będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania – zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy kompetencyjne lub ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 217 z późn. zm.) w tym rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14 poz. 67 z późn. zm.). Oznacza to, że dane osobowe mogą zostać zniszczone po upływie od 5 do 50 lat, zależnie od kategorii archiwalnej danej sprawy.

#### III.

##### [Odbiorcy danych użytkowników]

**Dane osobowe** nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim, nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej. Odbiorcami danych będą tylko organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego;

#### IV.

##### [Prawa osób, których dane osobowe dotyczą]

1. **Każda osoba**, której dane dotyczą, ma prawo:

1) **dostępu** – uzyskania od ADO potwierdzenia, czy przetwarzane są jej dane osobowe. Jeżeli dane o osobie są przetwarzane, jest ona uprawniona do uzyskania dostępu do nich oraz uzyskania następujących informacji:

- a) o celach przetwarzania,
- b) kategoriach danych osobowych,
- c) odbiorcach lub kategoriach odbiorców, którym dane zostały lub zostaną ujawnione,
- d) o okresie przechowywania danych lub o kryteriach ich ustalania,
- e) o prawie do żądania sprostowania,
- f) usuwania lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- g) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

2) **do otrzymania** kopii danych – uzyskania kopii danych podlegających przetwarzaniu; przy czym pierwsza kopia jest bezpłatna, a za kolejne ADO może nałożyć opłatę w rozsądnej wysokości, wynikającą z kosztów administracyjnych;

3) **do sprostowania** – żądania sprostowania dotyczących jej danych osobowych, które są nieprawidłowe, lub uzupełnienia niekompletnych danych;

4) **do usunięcia** danych – żądania usunięcia jej danych osobowych, jeżeli ADO nie ma już podstawy prawnej do ich przetwarzania lub dane nie są już niezbędne do celów przetwarzania;

5) **do ograniczenia** przetwarzania – żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:

- a) osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych – na okres pozwalający ADO sprawdzić prawidłowość tych danych,
- b) przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się ich usunięciu, żądając ograniczenia ich wykorzystywania,
- c) ADO nie potrzebuje już tych danych, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń,
- d) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania – do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie ADO są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą;

6) **do przenoszenia** danych – otrzymania w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego danych osobowych jej dotyczących, które dostarczyła ADO, oraz żądania przesłania tych danych innemu ADO, jeżeli dane są przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, lub umowy z nią związane oraz jeżeli dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany;

7) **do sprzeciwu** – wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych osobowych w prawnie uzasadnionych celach ADO, z przyczyn związanych z jej szczególną sytuacją, w tym wobec profilowania. Wówczas ADO dokonuje oceny istnienia ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osób, których dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Jeżeli zgodnie z oceną interesy osoby, której dane dotyczą, będą ważniejsze od interesów ADO, ADO będzie zobowiązany zaprzestać przetwarzania danych w tych celach;

8) **cofnięcia zgody** – w każdym momencie i bez podawania przyczyny, lecz przetwarzanie danych osobowych dokonane przed cofnięciem zgody nadal pozostanie zgodne z prawem. Cofnięcie zgody spowoduje zaprzestanie przetwarzania przez administratora danych osobowych w celu, w którym zgoda ta została wyrażona.

2. Aby skorzystać z wyżej wymienionych praw, osoba, której dane dotyczą, powinna skontaktować się (wykorzystując podane dane kontaktowe) z ADO i poinformować go, z którego prawa i w jakim zakresie chce skorzystać. ADO informuje również czy w danym przypadku istnieje możliwość skorzystania przez osobę, której dane dotyczą z jednego z powyższych praw.

## V.

### [Inspektor ochrony danych]

W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Będzinie został wyznaczony Inspektor ochrony danych (dalej: IOD). Kontakt z IOD jest możliwy e-mailowo pod adresem poczty elektronicznej: [inspektor\\_pcpr@powiat.bedzin.pl](mailto:inspektor_pcpr@powiat.bedzin.pl). lub poprzez adres korespondencyjny niniejszego organu z dopiskiem: Inspektor ochrony danych. IOD udziela informacji dotyczących sposobu i zakresu przetwarzania danych osobowych zakresie działania organu, a także o prawach przysługujących osobom których dane są przetwarzane.

## VI.

### [Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych]

Osoba, której dane dotyczą ma prawo wnieść skargę do organu nadzoru, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

**Adnotacje przyjmującego wniosek**

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

**Decyzja o przyznaniu dofinansowania**

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

.....

(data i podpis)



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie do likwidacji barier technicznych  
z udziałem środków PFRON

zaświadczenie należy wypełnić **CZYTELNIE**  
wypełnia **lekarz specjalista** stosownie do rodzaju niepełnosprawności

1. **Imię i nazwisko** .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

2. **Opis zakresu posiadanej dysfunkcji**

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

3. **Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe)**

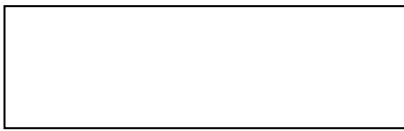
- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- inna dysfunkcja narządu ruchu .....
- dysfunkcja narządu wzroku
- inny rodzaj niepełnosprawności .....

.....

(miejsce i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu się z udziałem środków PFRON

**zaświadczenie należy wypełnić CZYTELNICIE i w języku polskim**  
wypełnia **lekarz specjalista** stosownie do rodzaju niepełnosprawności

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

### 1. Opis zakresu posiadanej niepełnosprawności

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

### 2. Osoba niepełnosprawna ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji) polegające na :

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

### 3. Niepełnosprawność dotyczy (zakreślić właściwe)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                 |
| <input type="checkbox"/> inna dysfunkcja narządu ruchu<br>.....                                       | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu mowy                   |
| <input type="checkbox"/> inny rodzaj niepełnosprawności<br>.....                                      | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu                 |
|   | <input type="checkbox"/> deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) |

.....  
(miejsce i data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)