



## WNIOSEK

O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w  komunikowaniu się /  technicznych.

### I. Dane dotyczące Wnioskodawcy :

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Data urodzenia ..... adres e-mail .....

nr telefonu/ faksu .....

Adres zamieszkania: .....

.....  
kod pocztowy/ miejscowość/ ulica/ numer

Adres korespondencyjny: .....

.....  
kod pocztowy/ miejscowość/ ulica/ numer

Taki sam jak adres zamieszkania

### II. Dane podopiecznego/mocodawcy\*

(\* należy wypełnić tylko w sytuacji, jeśli osoba niepełnosprawna nie występuje we własnym imieniu)

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Data urodzenia ..... adres e-mail .....

nr telefonu/ faksu .....

Adres zamieszkania: .....

.....  
kod pocztowy/ miejscowość/ ulica/ numer

III. Rodzaj orzeczenia i stopień niepełnosprawności ( grupa inwalidzka – KIZ,  orzeczenie o niezdolności do pracy,  orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/  o niepełnosprawności, inne)

Orzeczenie ważne:  bezterminowo/  okresowo do .....

### IV. Średni dochód:

Osoba niepełnosprawna prowadzi gospodarstwo domowe:  indywidualne/  wspólne

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym: ..... w tym osoby niepełnosprawne: .....

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: .....

### V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

nie korzystałem

korzystałem

z dofinansowania na likwidację barier :  architektonicznych  w komunikowaniu się  
 technicznych

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

**VI. Cel dofinansowania/ przedmiot wniosku/ przeznaczenie dofinansowania:**

.....  
.....

1. Przewidywany koszt realizacji zadania (100%): .....zł

(słownie: .....zł)

2. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: .....zł

(słownie:.....zł)

Co stanowi .....% kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania.

3. Deklarowane środki własne: .....zł

4. Inne źródła finansowania: .....

**VII. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier**

**z uzasadnieniem** .....

.....  
.....

Miejsce realizacji zadania: .....

Przewidywany termin rozpoczęcia (data): .....

Przewidywany czas realizacji zadania ( w tygodniach): .....

**VIII. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym składany jest wniosek, oraz dotychczasowe źródła finansowania** .....

**IX. Forma przekazania środków finansowych**

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

Dane właściciela konta: .....Nazwa banku.....

Nazwa banku i nr rachunku bankowego.....

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

**X. Sytuacja zawodowa osoby niepełnosprawnej:**

zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą

osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca

bezrobotny poszukujący pracy

*proszę wstawić X we właściwej rubryce*

- rencista poszukujący pracy
- rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- dzieci i młodzież do lat 18
- inne / jakie

#### **XI. Oświadczenia:**

1. 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.
2. Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny- **za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy** oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
3. Przyjmuję do wiadomości, że wniosek złożony przed dniem podjęcia uchwały Rady Miasta w sprawie wykorzystania środków PFRON zostanie rozpatrzony do 30 dni po podjęciu wyżej wymienionej uchwały.

.....  
Miejscowość, data

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy

#### **Załączniki do wniosku:**

- Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (zgodnie z art. 1, art. 5 pkt. 1a lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych)
- Aktualne zaświadczenie lekarskie (druk w załączeniu);
- Oświadczenia do wniosku (druk w załączeniu);
- Imienne oferty cenowe na wnioskowane urządzenia;
- Kopia aktu urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka;
- Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym lub pełnomocnictwo notarialne - jeśli dotyczy;
- Udokumentowana informacja o innych niż środki PFRON źródłach finansowania zadania.
- Ewentualne inne dokumenty uzasadniające potrzebę likwidacji barier.

# Załącznik do wniosku w ramach likwidacji barier

## Oświadczenia

Oświadczam, że:

- 1 informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
- 2 posiadam/ nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON;
- 3 w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku byłem(łam) stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie : TAK / NIE
- 4 posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w realizacji wnioskowanego przedsięwzięcia;
- 5 jestem / nie jestem płatnikiem podatku VAT;
- 6 posiadam/ nie posiadam urządzenia o które wnioskuję (*dotyczy likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się*)
- 7 podstawa prawna zameldowania w lokalu: własność/ użytkowanie wieczyste/  
najem/ inne - w przypadku własności należy podać numer księgi wieczystej:  
KA1T ..... (*dotyczy likwidacji barier architektonicznych*)
- 8 zapoznałam(em) się z klauzulą RODO.

.....  
miejsowość,

.....  
data podpis wnioskodawcy

### Uwagi do wniosku:

- 1 Należy brać pod uwagę wszystkie dochody w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych-szczegółowa informacja na stronie [mops.tychy.pl](http://mops.tychy.pl) oraz w siedzibie MOPS.
- 2 Wysokość wnioskowanego dofinansowania wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia i nie może przekraczać piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.
- 3 Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych przysługuje oddzielnie na każdy rodzaj zadania.
- 4 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 PFRON.
- 5 Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

## KLAUZULA INFORMACYJNA W SPRAWIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

W związku z realizacją wymogów określonych w art. 13 ust. 1 i ust. 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych oraz o przysługujących Państwu prawach z tym związanych.

### ADMINISTRATOR DANYCH

Administratorem Państwa danych osobowych jest: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Budowlanych 59, 43-100 Tychy;

### INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych w następujący sposób:

- pod adresem poczty elektronicznej: [iod@mops.tychy.pl](mailto:iod@mops.tychy.pl)
- pisemnie na adres siedziby Administratora: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Budowlanych 59, 43-100 Tychy;

### PODSTAWA PRAWNA I CELE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a, b, c i e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g i f RODO.

### ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH

Dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa, w tym w szczególności do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy ul. Al. Jana Pawła II, 13 00-828 w Warszawie. Dopuszcza się przekazywanie danych podmiotom świadczącym asystę/wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych, w których są przetwarzane Państwa dane osobowe.

### OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH OSOBOWYCH

Państwa dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa.

Po spełnieniu celu, dla którego Państwa dane zostały zebrane, mogą one być przechowywane jedynie w celach archiwalnych, przez okres wyznaczony na podstawie przepisów szczególnych.

### PRAWA OSÓB, KTÓRYCH DANE DOTYCZĄ, W TYM DOSTĘPU DO DANYCH OSOBOWYCH

Na zasadach określonych przepisami RODO posiadają Państwo prawo żądania od administratora:

- dostępu do treści swoich danych osobowych
- sprostowania (poprawienia) swoich danych osobowych
- usunięcia swoich danych osobowych
- ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych
- przenoszenia swoich danych osobowych

a ponadto, posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych osobowych.

### OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH

Podanie przez Państwa danych jest wymogiem ustawowym, niezbędnym do realizacji celu. Nie podanie danych może skutkować odmową przyznania wnioskowanych świadczeń.

### ZAUTOMATYZOWANE PODEJMOWANIE DECYZJI, PROFILOWANIE

Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

### PRZEKAZYWANIE DANYCH POZA EUROPEJSKI OBSZAR GOSPODARCZY

Administrator nie będzie przekazywał danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko ..... PESEL.....

Adres: 43-100 Tychy, ul. ....

**Rodzaj niepełnosprawności :**

- dysfunkcja narządu ruchu
- brak *lniedowład\** kończyn.....
- dysfunkcja narządu wzroku;
- dysfunkcja narządu słuchu/ mowy\*;
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe);
- inne dysfunkcje .....

Niepełnosprawność **powoduje/ nie powoduje\*** trudności w poruszaniu się.

**Sposób poruszania się** (należy zaznaczyć 1 najczęstszy):

- osoba leżąca** wymagająca opieki osób drugich;
  - porusza się **wyłącznie /okresowo\* na wózku inwalidzkim;**
  - porusza się **przy pomocy kul/ jednej kuli/ laski, balkonika\*;**
  - okresowe osłabienie** spowodowane przebiegiem choroby zasadniczej
  - porusza się samodzielnie, lecz wymaga likwidacji barier architektonicznych/ technicznych
  - porusza się samodzielnie i nie wymaga likwidacji barier
- \*należy zaznaczyć właściwe*

Informacja o stanie zdrowia (np. opis choroby zasadniczej, czy jest postępująca):

.....  
.....

Zakres zalecanej likwidacji barier:

(należy wymieniać niezbędne udogodnienia)

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)