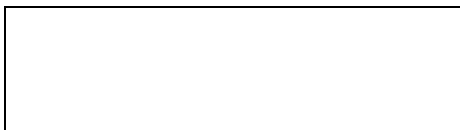


...../...../.....  
numer kolejny wniosku    powiat                      rok złożenia wniosku

.....  
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)



**WNIOSEK**  
**o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON**  
**likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych\***  
**w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

**Część: A: Dane dotyczące Wnioskodawcy** (proszę wypełnić czytelnie)

**1. Informacje o Wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko .....,  
legitymujący się dowodem osobistym: seria ..... nr .....wydanym w dniu  
..... przez .....,  
nr PESEL ....., zamieszkały/a w.....  
ulica..... nr domu..... nr lokalu ..... kod pocztowy .....  
poczta ..... powiat ..... województwo  
..... nr telefonu/fax (z nr kier.) .....  
.....  
(nazwa i numer rachunku bankowego)

**2. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię i Nazwisko ..... syn/córka .....,  
legitymujący się dowodem osobistym: seria ..... nr ..... dowodu osobistego wydanego  
w dniu ..... przez ....., nr PESEL .....  
zamieszkały/a w ..... ulica .....  
nr domu ..... nr lokalu ..... kod pocztowy ..... poczta .....,  
powiat ..... województwo ..... nr telefonu .....  
ustanowiony opiekunem /pełnomocnikiem na podstawie postanowienia Sądu Rejonowego  
w..... z dnia .....  
wydanego w sprawie o sygn. akt ...../ pełnomocnictwa udzielonego w dniu .....  
przez Wnioskodawcę/ ..... przed Notariuszem .....  
prowadzącym Kancelarię Notarialną w ..... (rep. nr  
.....)/ w formie pisemnej ...../ w formie pisemnej  
z podpisem poświadczonym przez ..... lub w innej formie  
.....

### 3. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych\*

1. na likwidację barier architektonicznych, technicznych, w komunikowaniu się, zakup sprzętu rehabilitacyjnego (w ciągu ostatnich 3 lat):	
a) nie korzystał	
b) korzystał, w tym na:	
.....	
.....	
.....	
.....	
2. korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się	

\*proszę wstawić znak X w odpowiedniej kratce.

### 4. Przeciętny dochód miesięczny (netto na jedną osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy).

Niniejszym oświadczam, że:

1. przeciętny miesięczny dochód<sup>1</sup> w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku i podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosił: .....zł.  
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym razem ze mną wynosi

.....

#### Część: B: Dane dotyczące przedmiotu dofinansowania (wypełnić czytelnie)

1. Wnioskuję o dofinansowanie zakupu (nazwa urządzenia).....

.....

2. Przewidywany koszt zakupu wnioskowanego urządzenia.....zł

słownie: .....

3. Wnioskowane dofinansowanie ze środków PFRON

Kwota wnioskowana dofinansowania .....zł

słownie: .....

co stanowi .....% ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

<sup>1</sup> dochód – w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz.U. z 2023 r. poz. 390 z późn. zm.) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, zasiłek pielęgnacyjny oraz kwotę świadczonych alimentów powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuje się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem\*/kosztem wykonania usługi\*, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**4. Deklaracja udziału własnego Wnioskodawcy w likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się**

**Kwota udziału własnego** .....zł

słownie: .....

**5. Dotychczasowa wartość poniesionych nakładów przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania** .....

.....  
.....

**6. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji w/w zadania**

.....

**7. Krótkie uzasadnienie (cel) składanego wniosku**

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

**8. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten cel.**

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

## 9. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
		(wypełnia pracownik PCPR)	
<b>Do I etapu:</b>			
1. Kopia orzeczenia o: - stopniu niepełnosprawności, bądź grupie inwalidzkiej, - niezdolności do pracy, - niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, wydane przed 01.01.1998 r. na stałe, - niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.			
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku zamieszkiwania z Wnioskodawcą takich osób			
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (druk w załączeniu)			
4. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy			
5. W przypadku dzieci i młodzieży zaświadczenie ze szkoły lub uczelni o pobieraniu nauki oraz opinia psychologa, pedagoga lub wychowawcy o potrzebach dziecka i możliwości rozwoju, rehabilitacji poprzez korzystanie z wnioskowanego sprzętu, w tym orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania			
6. minimum trzy oferty cenowe na wnioskowane urządzenie.			
7. udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.			
8. Inne,			

### OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, iż zostałem (-am) poinformowany (-a), że dofinansowanie kosztów realizacji zadania z zakresu dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych dla osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych PFRON i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu,
- Nie mam zaległości wobec Funduszu i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem (-am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- Składam powyższe dane i oświadczenia zgodnie z prawdą.

.....  
/miejsowość, data/

.....  
(podpis Wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego / pełnomocnika)

## **KLAUZULA INFORMACYJNA W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 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; zwane dalej: „RODO”), informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opolu Lubelskim z siedzibą w Poniatowej ul. 11 Listopada 5, 24-320 Poniatowa.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl).
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, w szczególności wynikających z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [t. j. Dz. U. z 2023 r., poz. 100 z późn. zm.] oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [t. j. Dz. U. z 2015 r., poz. 926].
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art.6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
  - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawienia, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także – w przypadku przewidzianych prawem – prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych,
  - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz ich nie podanie uniemożliwi rozpoznanie i realizację wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z uwagi na brak możliwości realizacji określonych wyżej celów przetwarzania danych osobowych.
9. Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pani/Pan decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

.....  
*/miejsowość, data/*

.....  
*(podpis Wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego / opiekuna  
prawnego / pełnomocnika)*

**Adnotacje przyjmującego wniosek**

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

**I. Ocena zasadności wniosku**

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

.....  
(data i podpis)

**II. Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się**

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

.....  
(data i podpis)

**III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania**

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

.....  
(data i podpis)

## Zaświadczenie lekarskie\*

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i Nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia ..... Nr PESEL .....

Adres zamieszkania

.....

Rozpoznanie .....

.....

Niepelnosprawność dotyczy narządu / układu .....

### **SPRAWNOŚĆ** (odpowiednie zaznaczyć):

#### **KOŃCZYN GÓRNYCH:**

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

#### **KOŃCZYN DOLNYCH:**

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

#### **OSOBA PORUSZA SIĘ:**

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą

#### **ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE:**

1. oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn górnych ( jednostronne, obustronne )

2. oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn dolnych ( jednostronne, obustronne )

wózek inwalidzki       kule łokciowe       inne ( jakie ) .....

#### **Informacje uzupełniające ( rokowania ):**

.....

.....

.....

.....  
*data*

.....  
*pieczęć i podpis lekarza*

\* dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Opolu Lubelskim z siedzibą w Poniatowej; ważne 3 miesiące od daty wystawienia.