

(pieczętka) PCPR w Przasnyszu	(data wpływu wniosku)	Nr sprawy: PCPR.645. .201...
----------------------------------	-----------------------	--

Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

WNIOSEK – część A (wypełnia wnioskodawca)

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **likwidacji barier w komunikowaniu się.**

(należy zaznaczyć właściwe pola przez wypełnienie pola)

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ/ DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO	
Imię/imiona..... Nazwisko.....	
Data urodzenia <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , miejscowość..... (dzień – miesiąc - rok) (miejsce urodzenia)	
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r. przez..... Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Kontakt telefoniczny: nr kier (.....) nr telefonu stacjonarnego nr tel.komórkowego:.....	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta)	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta)
Miejscowość	Miejscowość
Ulica	Ulica
Nr domu nr lok. Powiat	Nr domu nr lokalu
Województwo	Powiat
	Województwo
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pcpr-przasnysz.pl

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE RODZICA DZIECKA / OPIEKUNA PRAWNEGO/ PEŁNOMOCNIKA

Imię/imiona..... Nazwisko.....

Data urodzenia - - , miejscowość,
(dzień - miesiąc - rok) (miejsce urodzenia)

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.
 przez..... Płeć: kobieta mężczyzna

Miejscowość Ulica

Nr domu Nr lok. Powiat

Województwo nr tel.

ustanowiona/y Opiekunem / Pełnomocnikiem postanowieniem Sądu Rejonowego w
 z dn. sygn. akt
 na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
 z dn. repet. nr

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> lekki stopień | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności, dotyczy dziecka do 16 roku życia | | |

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych | <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej |
| <input type="checkbox"/> Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego | <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej | <input type="checkbox"/> innym |

NARZĄD WZROKU 04-O

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> osoba niewidoma | <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca | <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma |
|--|---|--|

<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):				
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY				
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y				
<input type="checkbox"/> bezrobotna/y	<input type="checkbox"/> zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy		<input type="checkbox"/> nie zarejestrowany	
<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy	<input type="checkbox"/> zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy		<input type="checkbox"/> nie zarejestrowany	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy	<input type="checkbox"/> zatrudniona/y lub prowadzący działalność gospodarczą albo rolniczą			
<input type="checkbox"/> rencista	<input type="checkbox"/> emeryt	<input type="checkbox"/> nie dotyczy		
ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ				
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe		
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne		
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:			
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ				
<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA	<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:		
<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM		
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:		
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE		
<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY				

2. Nazwa banku i numer rachunku bankowego wnioskodawcy (w przypadku osoby małoletniej - opiekuna prawnego / przedstawiciela ustawowego /pełnomocnika)

Nazwa banku
Numer rachunku bankowego <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3. Uzasadnienie likwidacji barier w komunikowaniu się:

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

4. Cel dofinansowania – wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów, w celu likwidacji barier w komunikowaniu się (w kolejności od najważniejszego dla wnioskodawcy):

1)
2)
3)
4)
5)

5. Miejsce realizacji dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się:

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

6. Przewidywany koszt realizacji zadania:

Koszt likwidacji barier w komunikowaniu się	Kwota w złotych
Łączny koszt wnioskowanego przedsięwzięcia zakupu	□□.□□□,□□ zł.
Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (maksymalnie 95%)	□□.□□□,□□ zł.
Udział własny wnioskodawcy (minimalnie 5%)	□□.□□□,□□ zł.

7. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

.....

.....

8. Informacje o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

.....

.....

.....

.....

.....

9. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON, w tym poprzez Oddziały PFRON, PCPR lub MOPR?						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Wnioskodawca (Imię i nazwisko wnioskodawcy/ imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
Razem uzyskane dofinansowanie:							

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

.....

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

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. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania dofinansowania do **likwidacji barier w komunikowaniu się**, które przyjmuję do wiadomości i stosowania,
3. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w przedsięwzięciu /zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 5 % ceny brutto**),
4. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania dofinansowania ze środków PFRON, w ramach dofinansowania do **likwidacji barier w komunikowaniu się** oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych:
 - a) w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 511 ze zm.);
 - b) rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015, poz. 926) także w dniu podpisania umowy,
5. **oświadczam, iż w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałam/uzyskałem dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier w komunikowaniu się,**
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż dofinansowanie do **likwidacji barier w komunikowaniu się** nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy ze starostą.
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek bankowy wnioskodawcy, sprzedawcy przedmiotu zakupu, wykonawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

..... dnia

podpis Wnioskodawcy

10. Załączniki: wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PCPR W PRZASNYSZU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie lekarskie wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Oświadczenie wnioskodawcy o posiadaniu środków na wkład własny (sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Dokumenty potwierdzające finansowanie zadania z innych źródeł – w przypadku gdy takie występują	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Proforma faktury lub kosztorys wnioskowanego sprzętu , urządzenia, wykonania usługi itp. (wraz z konkretnym modelem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Do wglądu oryginał wszystkich dokumentów oraz dowód osobisty.

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr: PCPR.645. .201 .

– wypełnia PCPR w Przasnyszu

1. Weryfikacja formalna:

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU			
Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w ustawie oraz w rozporządzeniu.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy).	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki).	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:	20.... r.	
Weryfikacja formalna wniosku:		<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

pieczętka imienna pracownika PCPR w Przasnyszu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR w Przasnyszu

data, podpis:

2. Opinia komisji dotycząca wniosku Nr PCPR.645. .201 .

Przasnysz,20.....

Podpis członków komisji

- 1)
- 2)
- 3)

3. Decyzja dotycząca wniosku Nr PCPR.645. .201 .

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
DO LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ**

pozytywna: negatywna:

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI 95 % NIE WIĘCEJ NIŻ DO KWOTY (w zł.):

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy.

.....20..... r.

data

.....

podpisy osoby/osób podejmujących decyzję

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

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/-a

zam.....

.....

Seria i numer dowodu osobistego..... wydanego przez

..... w dniu

PESEL

Oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód , w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony z kwartału poprzedzający miesiąc złożenia wniosku , wynosi.....zł.
(słownie:.....)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi(słownie:.....)

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

(Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 Kodeks Karny (Dz. U. 2016 poz. 1137 ze zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

§1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.)

Oświadczenie niniejsze zostało wnoszącemu odczytane.

Miejscowość

Data.....

.....
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

Załącznik Nr 2 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się .

Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Powiat Przasnyski, w imieniu którego występuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę/zgody na przetwarzanie:

- moich danych osobowych,
 - danych mojego dziecka,
 - danych Wnioskodawcy, którego reprezentuję,
- w celu realizacji dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

* właściwe zaznaczyć

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

Na podstawie przepisów 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 (RODO), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych i przysługujących prawach.

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiat Przasnyski /Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
- 2) Dane kontaktowe Administratora Danych Osobowych: PCPR, Budynek Starostwa Powiatowego w Przasnyszu, ul. św. Stanisława Kostki 5, 06-300 Przasnysz, tel. 29 752-25-14 wew. 118 lub 227.
- 3) Inspektorem Ochrony Danych w Starostwie Powiatowym w Przasnyszu jest Pan Arkadiusz Bloch. Kontakt z nim możliwy jest pod numerem telefonu 502-198-738 lub adresem e-mail: iod@przasnysz.dss-rodz.pl.
- 4) Pani/Pana dane osobowe, przetwarzane są w celu realizacji dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych, finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w oparciu o przepisy prawa tj.:
 - a. ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2018, poz. 511 ze zm.)
 - b. rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiat, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015r. poz. 926).
- 5) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane w ograniczonym zakresie mogą być również przekazane podmiotom realizującym zadania na rzecz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
- 6) Czas przechowywania Pani/Pana danych osobowych jest określony prawem, zgodnie z przepisami kancelaryjno – archiwalnymi Administratora, oraz Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane i czasie wskazanym przepisami prawa.
- 7) Każdej osobie, której dane przetwarzane są w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, przysługuje prawo do: dostępu do danych, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, oraz usunięcia jeśli pozwalają na to przepisy prawa.
- 8) W przypadku przetwarzania danych osobowych w oparciu o „Wyrażenie Zgody”, informujemy że zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 9) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
- 10) Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami prawa jest konieczne do realizacji ustawowych celów i zadań Administratora. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania. W pozostałych przypadkach podanie danych jest dobrowolne.
- 11) Administrator danych nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 12) Podanie danych nie skutkuje zautomatyzowaną oceną czynników osobowych i tym samym nie podlega profilowaniu.
- 13) Administrator danych dokłada wszelkich starań, aby zapewnić odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.

Załącznik Nr 3 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

***Zaświadczenie wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Przasnyszu – dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się***

Imię i nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Choroby współistniejące.....

.....

.....

**Uzasadnienie konieczności zakupu (urządzenia/urządzeń) ,
w związku z istniejącą niepełnosprawnością osoby niepełnosprawnej, w ramach barier
w komunikowaniu się**

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis
lekarza specjalisty)

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się
**Załącznik Nr 4 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON
likwidacji barier w ramach barier w komunikowaniu się.**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY
o posiadaniu środków na wkład własny**

(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON)

dla : Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu w celu dofinansowania likwidacji barier
w komunikowaniu się.

Niniejszym oświadczam, że Ja

(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania.

**Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że maksymalna wysokość dofinansowania ze
środków PFRON wynosi 95 % kosztów uznanych przez PCPR.**

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

.....
(data i podpis wnioskodawcy/ pełnomocnika
/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego)