

|                                          |                              |                                                |
|------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------|
| <p>(pieczęćka)<br/>PCPR w Przasnyszu</p> | <p>(data wpływu wniosku)</p> | <p>Nr sprawy:<br/><b>PCPR.645. .202...</b></p> |
|------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------|

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DANE PERSONALNE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ/ DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 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.....<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>(dzień – miesiąc - rok)</span> <span>(miejsce urodzenia)</span> </div>                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 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:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p style="text-align: center;"><b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA</b></p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....<br/> <div style="text-align: right; font-size: small;">(pocztą)</div></p> <p>Miejscowość .....</p> <p>Ulica .....</p> <p>Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....</p> <p>Województwo .....</p> | <p style="text-align: center;"><b>ADRES ZAMELDOWANIA</b><br/> <small>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</small></p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....<br/> <div style="text-align: right; font-size: small;">(pocztą)</div></p> <p>Miejscowość .....</p> <p>Ulica .....</p> <p>Nr domu ..... nr lokalu .....</p> <p>Powiat .....</p> <p>Województwo .....</p> |
| <p><b>Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pcpr-przasnysz.pl](http://www.pcpr-przasnysz.pl)

## DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE RODZICA DZIECKA / OPIEKUNA PRAWNEGO/ PEŁNOMOCNIKA

Imię/imiona..... Nazwisko.....

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

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL

Miejscowość ..... Ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat .....

Województwo ..... nr tel. ....

Ustanowiona/y Opiekunem/ Pełnomocnikiem<sup>1</sup> postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia .....  
..... sygnatura akt.....

Na mocy pełnomocnictwa\* potwierdzonego przez Notariusza .....  
..... z dnia .....  
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: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo       |                                              |                                               |

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

☐ **NARZĄD WZROKU 04-O**

☐ osoba niewidoma

☐ osoba niedowidząca

☐ osoba głuchoniewidoma

<sup>1</sup> właściwe zaznaczyć

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

**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.   |



## **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 (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172 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 r, 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<br>PCPR W Przasnyszu<br>( <i>należy zaznaczyć właściwe</i> ) |                          |                          |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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 ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i> )                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                        | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3.               | Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku</i> ) - 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 ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku</i> )                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                        | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5.               | Oświadczenie wnioskodawcy o posiadaniu środków na wkład własny ( <i>sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4</i> )                                                                                                                                                                                                                             | <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. .202 .– 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.

|                                           |                                                               |                                           |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>      | <input type="checkbox"/> <b>pozytywna</b>                     | <input type="checkbox"/> <b>negatywna</b> |
| 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. .202 .**

|                                                                                            |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Przasnysz, .....20.....                                                                    |       |
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |       |
| <b>Podpis członków komisji</b>                                                             |       |
| 1)                                                                                         | ..... |
| 2)                                                                                         | ..... |
| 3)                                                                                         | ..... |

**3. Decyzja dotycząca wniosku Nr PCPR.645. .202 .**

**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

Ja niżej podpisany/-a .....

zam.....

str. 9

## **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**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych Wnioskodawcy, którego reprezentuję\*, tj. danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez administratora, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, adres: ul. Św. St. Kostki 5, 06-300 Przasnysz, w celu kontaktu telefonicznego oraz wypłaty dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis)

### **Obowiązek informacyjny o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu jest Dyrektor dane kontaktowe Administratora Danych Osobowych: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, ul. Św. St. Kostki 5, 06-300 Przasnysz, tel. 29 752-25-14 wew. 118 lub 511-951-468.
  2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu. Kontakt z nim możliwy jest pod numerem telefonu 29 752 22 70 lub adresem e-mail: [iod@powiat-przasnysz.pl](mailto:iod@powiat-przasnysz.pl).
  3. Pani/Pana dane osobowe, przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań i obowiązków Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. a, lit. b, lit. c, lit. e RODO; ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, 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, ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym oraz innych ustaw i aktów wykonawczych regulujących wypełnianie zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
  4. 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.
  5. 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.
  6. 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.
  7. W przypadku przetwarzania danych osobowych w oparciu o „Wyrażenie Zgody” informuję, że zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
  8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres: 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.
  9. 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.
  10. Administrator danych osobowych nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
  11. Podanie danych nie skutkują zautomatyzowaną oceną czynników osobowych i tym samym nie podlega profilowaniu.
  12. Administrator danych osobowych dokłada wszelkich starań, aby zapewnić odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis)

---

\* Właściwe zaznaczyć

**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)

**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 )