**RS-615- /**

## **WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się\* i technicznych\*\***

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

UWAGA!

ZAKUPU WNIOSKOWANEGO URZĄDZENIA LUB SPRZĘTU DOKONUJE SIĘ PO PODPISANIU UMOWY OBEJMUJĄCEJ PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

1. **Dane dotyczące Wnioskodawcy**

................................................................................................................ PESEL .....................................................

*(imię i nazwisko/ w przypadku osoby, która nie ukończyła 18 roku życia należy wpisać jej dane)*

**Adres zamieszkania:** miejscowość ............................................ ulica ......................................  
nr domu ............... nr lokalu........... nr kodu ........-.............. poczta .............................................

**GMINA**…………………………………………………………...

**Dane kontaktowe:** telefon .................................................. e-mail:………………………………….. ***POUCZENIE:*** *podanie niniejszych danych( telefon i adres e-mail) jest dobrowolne i stanowi wyraźne działanie wnioskodawcy potwierdzające i przyzwalające na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych*

* **Cel dofinansowania:** *podać nazwę urządzenia*

1. ...........................................................................................................................................
2. ...........................................................................................................................................
3. ...........................................................................................................................................
4. ...........................................................................................................................................

* Całkowity koszt urządzenia lub usługi: *(należy podać z faktury proforma)* ....................................... zł

(słownie złotych: ......................................................................................................................................)

* Kwota wnioskowanego dofinansowania: ....................................... zł, **co stanowi do 95 % ceny brutto**, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

**Zobowiązuję 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.**

### Uzasadnienie składanego wniosku:

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

\*niepotrzebne skreślić

# Miejsce realizacji zadania: *(adres, gdzie będzie używany przedmiot dofinansowania)*

# ……………………………………………………………………………………………………………………….

**Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania**

…………………………………………………………………….……......…………..……………………………

# INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

* **Posiadane orzeczenie:**

**1)**. o stopniu niepełnosprawności **Znacznym Umiarkowanym Lekkim**

**2)**. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów **I II III**  
**3)**. o całkowitej/ częściowej niezdolności do pracy/ niezdolności do samodzielnej egzystencji/   
o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym/

**4)**. o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

### II. Rodzaj niepełnosprawności ¹

|  |  |
| --- | --- |
| 1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim\*;   wrodzony brak\* albo amputacja dłoni lub rąk\* |  |
| 2. inna dysfunkcja narządu ruchu |  |
| 3. dysfunkcja narządu wzroku |  |
| 4. dysfunkcja narządu słuchu\* i mowy\* |  |
| 5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) |  |
| 6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |  |

### III. Sytuacja zawodowa ¹

|  |  |
| --- | --- |
| 1. zatrudniony\*/ prowadzący działalność gospodarczą\* |  |
| 2. osoba w wieku powyżej 16 roku życia, ucząca się w systemie szkolnym\* lub studiująca\* |  |
| 3. bezrobotny zarejestrowany w PUP aktywnie poszukujący pracy\*/ rencista poszukujący pracy\* |  |
| 4. rencista\*/ emeryt\* nie zainteresowany podjęciem pracy |  |
| 5. osoba niepełnosprawna do 16 roku życia |  |

### IV. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych¹

|  |  |
| --- | --- |
| 1. rodzaj zadania: | |
| 1.1 nie korzystałem |  |
| * 1. korzystałem |  |
| a) cel dofinansowania | |
| b) data otrzymania dofinansowania/ numer Umowy | |
| c) kwota dofinansowania [zł] | |
| 2. rozliczyłem się |  |
| 3. korzystałem i nie rozliczyłem się |  |

**V. Informacje o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł**

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

### *¹ wstawić X we właściwej rubryce*

\**niepotrzebne skreślić*

VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

|  |  |
| --- | --- |
| Pozostali członkowie rodziny tylko POKREWIEŃSTWO(mąż, żona, syn, córka, inne) | Dochód miesięczny  netto (zł) |
| 1. – **WNIOSKODAWCA** |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| 8. |  |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych**²**, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za  
  
kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił …………………………………….. złotych.

**VII. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz   
z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:**

………………………………………………………..……………………………………………………………...

**VIII. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:** Data wpisu ……………….……………….…..

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

Ja niżej podpisany/a pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art.233 par.1 kodeksu karnego\* za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 par. 2 kpa oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

\*Art.233 par.1 kk – Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

W przypadku złożenia fałszywych zeznań kwota dofinansowania ze środków PFRON w/w zadania podlega zwrotowi.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am\* stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że złożony przeze mnie wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych zostanie rozpatrzony po otrzymaniu przez PCPR informacji o wysokości środków finansowych przypadających na realizację w roku bieżącym zadań z zakresu rehabilitacji społecznej.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z procedurą dofinansowania zamieszczoną na stronie internetowej: www.pcpr.powiat.krakow.pl

***Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w Krakowie w ciągu 14 dni.***

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZACA PRZETAWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KRAKOWIE**

1. Administratorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie, z siedzibą w Krakowie,   
al. Słowackiego 20, 30-037 Kraków, tel: 12 39-79-564, adres e-mail: pcpr@powiat.krakow.pl.

2. Administrator powołał Inspektora ochrony danych.   
Dane kontaktowe to: nr tel.: 12-39-79-564, e-mail: ap-pcpr@powiat.krakow.pl.

3. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się w celu przyznania Wnioskodawcy dofinansowania,   
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych.

4. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody na przetwarzanie danych osobowych osoby, której dane dotyczą (zgodnie z art. 6 ust. 1. lit. a RODO) oraz jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1. lit. c RODO) na podstawie §11 ust.1 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 z późn. zm.).

5. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody jest możliwe poprzez złożenie do siedziby Administratora pisemnego wniosku o wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych.

6. Dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Odbiorcami danych są podmioty świadczące asystę techniczną oprogramowania służącego do obsługi zadań PFRON oraz podmioty świadczące usługi archiwizacji akt oraz niszczenia dokumentacji archiwalnej.

7. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do przyznania i rozliczenia dofinansowania oraz przez okres niezbędny do przestrzegania obowiązujących przepisów prawa i regulacji. Kryterium ustalenia tego okresu jest konieczność przechowywania dokumentów zgodnie kategorią archiwalną (B10) oraz wymogi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

8. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

9. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych, a także prawo do przenoszenia swoich danych osobowych.

10. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego: Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

11. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

12. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Konsekwencją niepodania danych osobowych lub wycofania zgody na ich przetwarzanie jest uniemożliwienie przyznania dofinansowania.

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

**data (czytelny podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\***

**opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)**

**²**Ustawa z dnia 28.11.2003 roku o świadczeniach rodzinnych *(Dz.U.2020.111 t. j.)*

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

.................................................................................................................... syn/ córka .............................................

*imię i nazwisko*

nr PESEL ........................................................................ adres zamieszkania: miejscowość ..................................

.......................................... ulica ................................................ nr domu .......................... nr lokalu........................

nr kodu ......-............ poczta ....................................................... powiat ....................................................................

województwo ..............................................................................

**Załączniki do wniosku:**

1. **Kopię** posiadanego orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia:

o stopniu niepełnosprawności lub o zaliczeniu do jednej z trzech grup inwalidów lub o całkowitej/ częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym ***(wydane przed dniem 1 stycznia 1998r****.)*/ i niezdolności do samodzielnej egzystencji, niezdolności do samodzielnej egzystencji lub niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia – **oryginał do wglądu;**

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o ograniczeniach i rodzajach niepełnosprawności powodujących utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu – Załącznik nr 1 do wniosku;
2. Faktura proforma lub kosztorys na wnioskowany sprzęt/ usługę;
3. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania;
4. Zaświadczenie od specjalisty o konieczności posiadania sprzętu komputerowego, potwierdzające trudności w komunikowaniu się (psycholog٭, pedagog٭, logopeda٭);

6. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sadu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego- **oryginał do wglądu.**

٭ należy złożyć w przypadku starania się o dofinansowanie do zakupu sprzętu komputerowego