

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepelnosprawnych likwidacji barier technicznych

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ):

.....miejsowość.....
 (imię i nazwisko)

ul. nr domu..... nr lokalu

kod - poczta gmina

PESEL telefon, e-mail

POUCZENIE: podanie niniejszych danych (nr telefonu, adresu e-mail) jest dobrowolne i stanowi wyrażne działanie wnioskodawcy potwierdzające i przyzwalające na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych

DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY),
OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:

.....miejsowość.....

ul. nr domu..... nr lokalu

kod - poczta gmina

PESEL telefon, e-mail

POUCZENIE: podanie niniejszych danych (nr telefonu, adresu e-mail) jest dobrowolne i stanowi wyrażne działanie wnioskodawcy potwierdzające i przyzwalające na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych

♦ **Cel dofinansowania:** należy podać nazwę urządzenia

1)

2)

3)

♦ Całkowity koszt urządzenia: (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.

Uzasadnienie składanego wniosku: (jaki występują ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu i w jaki sposób zakup wnioskowanego sprzętu ułatwi codzienne funkcjonowanie)

.....

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

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

I. 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 (proszę zaznaczyć maksymalnie 3 schorzenia)

- ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe
- ☐ 02-P – choroby psychiczne
- ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
 - ☐ osoba głucha
 - ☐ osoba głuchoniema
- ☐ 04-O – narząd wzroku
 - ☐ osoba niewidoma
 - ☐ osoba głuchoniewidoma
- ☐ 05-R – narząd ruchu
 - ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
 - ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych
- ☐ 06-E – epilepsja
- ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego
- ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- ☐ 10-N – choroby neurologiczne
- ☐ 11-I – inne
- ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

III. Sytuacja zawodowa

- ☐ zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą
- ☐ osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- ☐ bezrobotny/ rencista poszukujący pracy
- ☐ rencista/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- ☐ dzieci i młodzież do lat 18

IV. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

- ☐ Nie korzystałem
- ☐ Korzystałem

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

V. Informacje o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł

.....

VI. Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (Ustawa z dnia 28.11.2003 roku o świadczeniach rodzinnych -t.j. Dz.U.2025.1208 z późn.zm.) **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił złotych.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym

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. Forma przekazania środków finansowych:

- ☐ Przelew na konto wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez wnioskodawcę

.....
(imię i nazwisko posiadacza rachunku)

.....
(nazwa banku i numer rachunku bankowego)

- ☐ W kasie lub przekazem pocztowym
☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu

Ja niżej podpisany/a pouczone/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 ww. 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 o dofinansowanie ze środków PFRON ubiegam się tylko w Powiecie Krakowskim.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z procedurą dofinansowania zamieszczoną na stronie internetowej: www.pcpr.powiat.krakow.pl, w szczególności z informacjami, że: **dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie; dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały dofinansowanie w ramach przedmiotowego zadania.**

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w Krakowie w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż niniejszy wniosek zostanie zarejestrowany przez PCPR w Krakowie w Systemie Obsługi Wsparcia (SOW).

UWAGA!

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

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA 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 39-79-004, adres e-mail: pcpr@powiat.krakow.pl.
2. Administrator powołał Inspektora ochrony danych.
Dane kontaktowe to: nr tel.: 12-39-79-004, 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 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)

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/ niezdolności do samodzielnej egzystencji, o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (wydane przed dniem 1 stycznia 1998r. na stałe) lub niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia – **oryginał do wglądu**;
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o ograniczeniach i rodzajach niepełnosprawności powodujących utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu – Załącznik nr 1 do wniosku;
3. Faktura proforma lub kosztorys na wnioskowany sprzęt;
4. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego- **oryginał do wglądu**.