

.....
(numer kolejny wniosku)

.....
(data wpływu wniosku)

W N I O S E K

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier funkcjonalnych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

**UWAGA!!! ROZPOCZĘCIE PRAC WRAZ Z ZAKUPEM KONIECZNYCH MATERIAŁÓW
DOKONYWANE JEST PO PODPISANIU UMOWY OBEJMUJĄCEJ ZAKRES DOFINANSOWANIA**

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy/Podopiecznego (proszę wypełnić drukowanymi literami)

a) Imię i nazwisko:

b) Data urodzenia: Nr PESEL

c) Adres zamieszkania:

d) Nr NIP:.....Nr telefonu:

e) Nazwa banku:

Numer rachunku bankowego** wnioskodawcy, lub innej wskazanej osoby z podaniem imienia,
nazwiska, adresu i nr konta:

f) Niepełnosprawność (należy wpisać dane z treści orzeczenia):

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik oraz symbol niepełnosprawności:

Okres ważności orzeczenia:

Rodzaj niepełnosprawności

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu* i mowy*	
Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

* niewłaściwe skreślić;

** w przypadku podania innych danych niż Wnioskodawcy, wymagane jest oświadczenie właściciela o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną.

Inne źródła finansowania – wielkość środków i dokumenty potwierdzające:

.....

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu:.....
(maksymalnie 95% wartości wnioskowanych prac/urządzeń)

słownie:

Przyznane (do dnia złożenia wniosku) środki Funduszu:

Numer i data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Cel dofinansowania	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1950 z późn. zm.)¹ oświadczam, że wszystkie podane we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.

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

.....
 (podpis wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika)

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

a) Imię i nazwisko

b) Data urodzenia Nr PESEL

c) Adres zamieszkania

d) Nr NIP Nr telefonu

e) Nazwa banku

Numer rachunku bankowego

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem*

(postanowienie Sądu Rejonowego w z dnia

Sygn.akt...../ na mocy potwierdzonego przez Notariusza

..... z dnia repet.nr.....)

¹ Art. 233 §1 k.k. – *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 od 6 miesięcy do lat 8.*

Załączniki do wniosku wymagane przy składaniu wniosku:

1. Orzeczenia o niepełnosprawności wnioskodawcy oraz osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o ograniczeniach i rodzajach niepełnosprawności powodujących utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu.
3. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier funkcjonalnych (wypis z księgi wieczystej w przypadku właściciela lub użytkownika wieczystego nieruchomości, zgoda właściciela budynku lub mieszkania w przypadku najmu lub użyczenia).
4. Faktura proforma na wnioskowany sprzęt/urządzenia.

KLAUZULA INFORMACYJNA

od 25 maja 2018 r.

zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 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)

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Jaśle(PCPR) jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jaśle reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą przy ul. Rynek 18, 38 - 200 Jasło, Dane kontaktowe: dyrektor@pcprjaslo.info, tel.: 13 448 34 40;
2. Dane kontaktowe do Inspektora ochrony danych osobowych: inspektorodo@onet.pl;
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zadań i obowiązków nałożonych na Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jaśle.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust 1 lit a, c i lit e, art. 9 ust. 2 lit. a, b, g RODO tj. wypełnienie obowiązków prawnych, realizacja umów lub zgoda osoby której dane dotyczą.
5. Odbiorcami danych osobowych w posiadaniu których jest/będzie PCPR mogą być wyłącznie podmioty i inne orany publiczne które posiadają dostęp do danych na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących;
6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
7. Dane osobowe będą przechowywane wyłącznie przez okres do osiągnięcia celu przetwarzania oraz okres archiwizacji wymagany dla danej kategorii danych przez obowiązujące przepisy prawa;
8. Osoba, której dotyczą dane osobowe ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych jeżeli zachodzą przesłanki do tych uprawnień i nie są ograniczone poprzez inne przepisy prawne;
9. Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody przysługuje także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
10. Osoba, której dotyczą dane osobowe ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna, że przetwarzanie danych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
11. W zależności od rodzaju załatwianej sprawy w PCPR podanie danych osobowych może być wymogiem ustawowym, warunkiem umownym, warunkiem zawarcia umowy, dobrowolnie wyrażoną zgodą.
12. W sytuacji gdy podanie danych jest obowiązkowe do załatwienia określonej kategorii spraw, konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości podjęcia skutecznych działań;
13. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również nie będą podlegać profilowaniu.

Potwierdzam zaznajomienie się z powyższą klauzulą

.....
 (Podpis)

.....
 (Imię i nazwisko)

.....
 (Data)

.....
 (Adres zamieszkania)

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a, **

Nr PESEL..... wyrażam zgodę na wykonanie robót budowlanych mających na celu likwidację barier funkcjonalnych w budynku mieszkalnym położonym w, którego jestem właścicielem /współwłaścicielem.*

.....
 (Podpis)

* niepotrzebne skreślić;

** w przypadku podania innych danych niż Wnioskodawcy, wymagane jest oświadczenie właściciela o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną.

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Data)

.....
(Adres zamieszkania)

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a,

oświadczam, że:

1. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
2. Nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, ani nie byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....
(Podpis)