

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się  
w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY****ROLA WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola                          | Do uzupełnienia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Wnioskodawca składa wniosek:</b> | <input type="checkbox"/> We własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> Jako rodzic<br><input type="checkbox"/> Jako opiekun prawny<br><input type="checkbox"/> Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie |
| <b>Postanowieniem Sądu:</b>         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Z dnia:</b>                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Sygnatura akt:</b>               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Imię i nazwisko notariusza:</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Repertorium nr:</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Zakres pełnomocnictwa:</b>       | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><input type="checkbox"/> inne                                |

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola      | Wartość                                                             |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| Imię:           |                                                                     |
| Drugie imię:    |                                                                     |
| Nazwisko:       |                                                                     |
| PESEL:          |                                                                     |
| Data urodzenia: |                                                                     |
| Płeć:           | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

| Nazwa pola           | Wartość                                                          |
|----------------------|------------------------------------------------------------------|
| Województwo:         |                                                                  |
| Powiat:              |                                                                  |
| Gmina:               |                                                                  |
| Miejscowość:         |                                                                  |
| Ulica:               |                                                                  |
| Nr domu:             |                                                                  |
| Nr lokalu:           |                                                                  |
| Kod pocztowy:        |                                                                  |
| Poczta:              |                                                                  |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |
| Nr telefonu:         |                                                                  |
| Adres e-mail:        |                                                                  |

**ADRES KORESPONDENCYJNY**☐ Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola   | Wartość |
|--------------|---------|
| Województwo: |         |
| Powiat:      |         |
| Gmina:       |         |
| Miejscowość: |         |

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Ulica:</b>        |  |
| <b>Nr domu:</b>      |  |
| <b>Nr lokalu:</b>    |  |
| <b>Kod pocztowy:</b> |  |
| <b>Poczta:</b>       |  |

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

| <b>Nazwa pola</b>      | <b>Wartość</b>                                                      |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Imię:</b>           |                                                                     |
| <b>Drugie imię:</b>    |                                                                     |
| <b>Nazwisko:</b>       |                                                                     |
| <b>PESEL:</b>          |                                                                     |
| <b>Data urodzenia:</b> |                                                                     |
| <b>Płeć:</b>           | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

| <b>Nazwa pola</b>           | <b>Wartość</b>                                                   |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Województwo:</b>         |                                                                  |
| <b>Powiat:</b>              |                                                                  |
| <b>Gmina:</b>               |                                                                  |
| <b>Miejscowość:</b>         |                                                                  |
| <b>Ulica:</b>               |                                                                  |
| <b>Nr domu:</b>             |                                                                  |
| <b>Nr lokalu:</b>           |                                                                  |
| <b>Kod pocztowy:</b>        |                                                                  |
| <b>Poczta:</b>              |                                                                  |
| <b>Nr telefonu:</b>         |                                                                  |
| <b>Adres e-mail:</b>        |                                                                  |
| <b>Rodzaj miejscowości:</b> | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |

| STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa pola                                                           | Wartość                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Stopień niepełnosprawności:                                          | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:                  | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Numer orzeczenia:                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Grupa inwalidzka:                                                    | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Niezdolność:                                                         | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Rodzaj niepełnosprawności:                                           | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne<br><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |

|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                 |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny |

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

☐ indywidualne ☐ wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:**

**w tym liczba osób niepełnosprawnych:**

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:**

☐ nie korzystałem  
☐ korzystałem

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------|
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |

### Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

#### PRZEDMIOT WNIOSKU

| Nazwa pola | Wartość |
|------------|---------|
|------------|---------|

|                                                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>                     |  |
| <b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>                        |  |
| Słownie:                                                                    |  |
| <b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b>                 |  |
| Słownie:                                                                    |  |
| <b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b> |  |
| <b>Deklarowane środki własne:</b>                                           |  |
| <b>Inne źródła finansowania:</b>                                            |  |
| <b>Cel dofinansowania i uzasadnienie:</b>                                   |  |

### WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

| Nazwa pola                                                                             | Wartość |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b> |         |
| <b>Miejsce realizacji zadania:</b>                                                     |         |
| <b>Termin rozpoczęcia:</b>                                                             |         |
| <b>Przewidywany czas realizacji:</b>                                                   |         |

### OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja 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

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola                          | Wartość |
|-------------------------------------|---------|
| Właściciel konta (imię i nazwisko): |         |
| Nazwa banku:                        |         |
| Nr rachunku bankowego:              |         |

- ☐ W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)  
☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## Część C – Dane dodatkowe

### SYTUACJA ZAWODOWA

- ☐ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą  
☐ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca  
☐ Bezrobotny poszukujący pracy  
☐ Rencista poszukujący pracy  
☐ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy  
☐ Dzieci i młodzież do lat 18  
☐ Inne / jakie?

### OŚWIADCZENIE

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

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:                      .

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

|                    |             |                            |
|--------------------|-------------|----------------------------|
| <i>Miejscowość</i> | <i>Data</i> | <i>Podpis Wnioskodawcy</i> |
|                    |             |                            |

## KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 Rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Garwolinie, ul. Mazowiecka 26, 08-400 Garwolin reprezentowane przez Dyrektora PCPR.
  - 2) W sprawie ochrony danych osobowych można skontaktować się z Inspektorem ochrony danych, Panią Luizą Bogucką pod adresem e-mail: [l.bogucka@garwolin-starostwo.pl](mailto:l.bogucka@garwolin-starostwo.pl) lub w siedzibie Starostwa Powiatowego w Garwolinie, ul. Mazowiecka 26, 08-400 Garwolin, pokój nr 218 (II piętro).
  - 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz art. 9 ust. 2 lit. b) RODO – w celu wypełnienia obowiązków i wykonania szczególnych praw przez administratora w dziedzinie zabezpieczenia społecznego.
  - 4) W przypadku realizacji zadań ustawowych podanie danych jest obowiązkowe.
  - 5) Państwa dane osobowe mogą być udostępnione organom administracji publicznej upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
  - 6) Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania, lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych, jak również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu ochrony Danych Osobowych.
  - 7) Dane osobowe przechowujemy przez okres niezbędny do wykonywania zadań administratora oraz realizacji obowiązku archiwizacyjnego, które wynikają z przepisów prawa.
2. Uprzedzony/a/ o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 §1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w Garwolinie w ciągu 14 dni.
3. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON-u i w ciągu trzech lat przed złożeniem niniejszego wniosku nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Oświadczam, że zostałem poinformowany o konieczności odbioru faktur lub innych dokumentów potwierdzających zakup po wypłaceniu przez PCPR uzyskanego dofinansowania ze środków PFRON.

**Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

.....  
miejscowość

data

czytelny podpis

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|-----|------|
|     |      |

## UZUPEŁNIONE ZAŁACZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|-----|------|
|     |      |

## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE



**Lista**

- Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia o grupie inwalidzkiej, lub niezdolności do pracy, lub stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. lub w przypadku dzieci – orzeczenia o niepełnosprawności,
- Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą,
- Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności
- Wycena przedmiotu dofinansowania np. faktura proforma,
- W przypadku dzieci uczących się należy przedstawić zaświadczenie ze szkoły bądź zaświadczenia o nauczaniu indywidualnym (jeśli takowe dziecko posiada)
- W przypadku młodzieży uczącej się należy przedłożyć zaświadczenie ze szkoły, uczelni o pobieraniu nauki,