

Pieczęć PCPR

Numer sprawy

Data wpływu kompletnego wniosku

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

<b>I. DANE DOROSŁEJ OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB DZIECKA</b>			
1. Imię i nazwisko		PESEL	
2. Dowód osobisty			
seria	nr	wydany przez	
		3. Numer telefonu	
<b>4. Adres zamieszkania</b>			
Ulica		nr domu	nr mieszkania
Miejscowość	kod pocztowy	Powiat	Województwo

**I.A. Stopień niepełnosprawności<sup>1</sup>**

1.	Znaczny stopień niepełnosprawności\ inwalidzi I grupy\ osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
2.	Umiarkowany stopień niepełnosprawności\ inwalidzi II grupy\ osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3.	Lekki stopień niepełnosprawności\ inwalidzi III grupy\ osoby częściowo niezdolne do pracy\ osoby długotrwale niezdolne do pracy	
4.	Osoby w wieku do lat 16 posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	

**I.B. Rodzaj niepełnosprawności<sup>2</sup>**

1.	Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim lub wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2.	Inna dysfunkcja narządów ruchu	
3.	Dysfunkcja narządu wzroku	
4.	Dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5.	Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) lub choroba psychiczna	
6.	Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia i inne	

**II.Sytuacja zawodowa**

1.	Zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą*	
2.	Osoba w wieku od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3.	Bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy*	
4.	Rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5.	Osoby utrzymujące się z zasiłków pomocy społecznej	
6.	Dzieci, młodzież do lat 18	



### IX. Termin realizacji zadania:

Data rozpoczęcia: ..... Data zakończenia: .....

### X. Przewidywany koszt realizacji zadania:

Kwota: ..... zł

(słownie: ..... złotych)

### XI. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:

Kwota ..... zł

(słownie: ..... złotych)

### XII. Numer rachunku bankowego do przekazania dofinansowania:

Właściciel konta .....

Numer rachunku bankowego:.....

### Przedstawiciel ustawy, opiekun prawny lub pełnomocnik-WYPEŁNIĆ JEŻELI DOTYCZY!!!

1. Imię i nazwisko		2. PESEL	
3. Dowód osobisty seria                      nr                      wydany w dniu                      przez			
4. Adres zamieszkania			
Ulica		nr domu	nr mieszkania
Miejscowość	kod pocztowy	Powiat	Województwo
telefon (z nr kier.)		telefon komórkowy	
Ustanowiony opiekunem\ pełnomocnikiem na podstawie			

- Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny, oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.
- Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec PFRON i w przeciągu 3 lat nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

### Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rykach** reprezentowane przez Dyrektora (adres: ul. Leona Wyczółkowskiego 10a, 08-500 Ryki, tel. 81/8654852, e-mail: [pcprryki@op.pl](mailto:pcprryki@op.pl))
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl) lub pisemnie na adres Administratora.

- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu dofinansowania ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. b, c i art. 9 ust 2 lit h RODO) w zw. z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2025 poz. 913 ze zm.) oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015r. poz. 926). W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celach kontaktowych.
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 5 lat. Natomiast w przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 6) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
  - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d) prawo do usunięcia danych określone w przepisach prawa;
  - e) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
  - f) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
- 9) Państwa dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia Administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie Administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego. Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, tj. usługodawcom wykonującym usługi serwisu systemów informatycznych, podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT, dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom usług informatycznych w zakresie systemów księgowo-ewidencyjnych, dostawcy usług hostingu poczty mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową, dostawcy usług brakowania bądź archiwizowania dokumentacji i nośników danych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa

**Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y , iż wniosek o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się/technicznych będzie podlegał rozpatrzeniu po otrzymaniu środków finansowych PFRON. W związku z tym w przypadku braku środków finansowych wniosek może nie zostać rozpatrzony w terminie 30 dni od jego złożenia. Informacja o późniejszym terminie rozpatrzenia wniosku zostanie przekazana telefonicznie.**

.....  
(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika)

**Załączniki do wniosku:**

<i>Wykaz załączników</i>	<i>Dostarczona TAK/NIE</i>	<i>Data uzupełnienia</i>
1.Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopie orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.		
2.Kopia orzeczeń, o których mowa wyżej, osób niepełnosprawnych zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób,		
3.Aktualne zaświadczenie lekarskie, wypełnione przez lekarza specjalistę zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i potwierdzające konieczność zaopatrzenia w przedmiot wniosku (załącznik nr 1),		
4.Oferta cenowa na dany przedmiot wniosku		
5.Inne dokumenty		

## Wyjaśnienia:

1,2 wstaw x we właściwym wierszu,

1) wstaw właściwe oznaczenie cyfrowe z tabeli I.A z pierwszej strony wniosku,

2) wstaw właściwe oznaczenie cyfrowe z tabeli I.B z pierwszej strony wniosku,

\*) niepotrzebne skreślić

**Wniosek niekompletny****Stwierdzam kompletność**.....  
**/data i podpis/**.....  
**/data i podpis/**

**Opinia merytoryczna, co do kompletności wniosku i załączników oraz zasadności wniosku:**

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

.....  
/data i podpis/

**Informacja o przyznaniu lub odmowie przyznania dofinansowania:**

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rykach informuje, że przyznaje/nie przyznaje środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w kwocie ..... słownie: ..... na dofinansowanie zakupu sprzętu z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się (uzasadnienie w przypadku decyzji odmownej)**

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

.....  
Data i podpis Dyrektora

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb PCPR w Rykach

/PROSZĘ O WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA W JĘZYKU POLSKIM/

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: ..... PESEL:.....

Adres: .....

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji \***

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się;
- na wózku inwalidzkim
  - na stałe
  - okresowo
- za pomocą kul
- za pomocą balkoniku
- osoba leżąca
- inna dysfunkcja narządu ruchu
- wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe), choroba psychiczna

inne (podać jakie).....

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

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

Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

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

Data .....

.....  
Podpis i pieczętka lekarza specjalisty

\* właściwe zaznaczyć

\*\* niepotrzebne skreślić

*Zaświadczenie ważne jest 30 dni od dnia wystawienia.*