

WNIOSEK

o dofinansowanie zakupu urządzeń lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się.

UWAGA:

- | |
|---|
| 1. Przed wypełnieniem wniosku proszę zapoznać się z zasadami i procedurami udzielania osobie fizycznej dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier technicznych. |
| 2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu). |

A. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Dowód osobisty

Seria nr wydany w dniu przez

3. Nazwa banku i nr rachunku (do podania po podpisaniu umowy, przy składaniu faktury rozliczeniowej)

4. Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Adres zamieszkania : Kod pocztowy międzeczowość

Ulica.....nr domu.....nr mieszkania.....

Powiattelefon/fax(z kier.).....E-mail.....

Wniosek składam: ⁽¹⁾

1. Po raz pierwszy
2. Po raz kolejny – wpisać rok złożenia ostatniego wniosku.....

ORZECZENIE: czasowe **do dnia** _____ , **na stałe**

Proszę o dofinansowanie (należy podać nazwę urządzenia lub rodzaju usługi)

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

W łącznej wysokości.....słownie.....zł.

Co stanowi% ceny brutto, pomniejszonej o dofinansowanie z innych źródeł

Przewidywany koszt realizacji zadania.....termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania.....

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

(1) wstaw X we właściwej rubryce
* niepotrzebne skreślić

1. Cel dofinansowania: Krótkie uzasadnienie składanego wniosku. **Informacje o Wnioskodawcy i miejscu realizacji zadania.**

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik. ⁽¹⁾

1. Znaczny.....

- Inwalidzi I grupy.....
- osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji.....
- osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji.....
- osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny.....
- osoby w wieku do 16 lat(w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny.....

2. Umiarkowany.....

- Inwalidzi II grupy.....
- osoby całkowicie niezdolne do pracy.....
- Inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę.....

3. Lekki.....

- pozostali Inwalidzi III grupy.....
- osoby częściowo niezdolne do pracy.....
- osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy.....

II. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

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

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

Nazwisko i imię- pokrewieństwo	niepełnosprawność		dochód miesięczny netto
	stopień ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾	
1.			
2.			
3.			

III. Przeciętny dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy

Liczba osób w gospodarstwie domowym..... (podać liczbę)

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 **wynosi na osobę** (podać kwotę na osobę miesięcznie)

- (1) proszę wstawić znak X we właściwej rubryce
- (2) proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tabeli I
- (3) proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tabeli II..

V Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

1. Zatrudniony */ prowadzący działalność gospodarczą *
2. młodzież w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studium*
3. bezrobotny poszukujący pracy */ rencista poszukujący pracy*
4. rencista*/emeryt* niezainteresowany podjęciem pracy
5. dzieci i młodzież do lat 18

VI. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ⁽¹⁾

1. na likwidację barier w komunikowaniu się.
 - 1.1 nie korzystam ¹
 - 1.2 korzystałem umowa Nr z dnia.....¹
 - a) przedmiot dofinansowania.....
 - b) data trzymywania dofinansowania.....
 - c) kwota dofinansowania zł
2. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczania ¹
3. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się¹
4. korzystałem i nie rozliczyłem się ¹

VII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonych na e ten sam cel (załączyć dokumenty potwierdzające finansowanie z innych źródeł – w przypadku, gdy takie występują)

VIII. Informacje 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 (o ile dotyczy)

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (t.j.Dz.U.2016 poz.1137) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach 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 osobowych zawartych we wniosku, w bazie danych Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadania dofinansowania na likwidację barier w komunikowaniu się zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2016 poz.922).

podpis wnioskodawcy* / przedstawiciela ustawowego* /
opiekuna prawnego* / pełnomocnika

(1) właściwe zakreślić / * niepotrzebne skreślić

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

1. Imię (imiona) i nazwisko

_____ nazwisko i imię / imiona

2. Syn/córka(imię ojca).....

3. Dowód osobisty

seria _____ nr _____ wydany w dniu _____ przez _____

4. Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Adres

Kod pocztowy _____ miejscowość.....

Ulica.....nr domu.....nr mieszkania.....

Powiat.....tel.....e-mail.....

6. Ustanowiony Opiekunem* / Pełnomocnikiem *

- Postanowieniem Sądu Rejonowego _____ z dnia.....syg. akt.....
- na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia.....rep.nr.....

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik
2. kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, (jeśli takie osoby występują)
3. aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeśli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu,
4. zaświadczenie*/ oświadczenie* o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą z ostatnich trzech miesięcy,
5. zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy
6. kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego w przypadku jego pobierania,
7. kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują
8. kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym - dotyczy opiekuna prawnego lub pełnomocnika
9. Faktura pro- forma na sprzęt lub inny dokument potwierdzający planowany koszt zakupu,
10. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych,
11. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

* niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA

O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia 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 „RODO”), **informuję o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.**

Poniższe zasady stosuje się począwszy od 25 maja 2018 roku.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Warszawskim Centrum Pomocy Rodzinie jest: **Dyrektor Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Lipińska 2, 01-833 Warszawa.**
2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w WCPR za pomocą adresu IOD@wcpr.pl.
3. Administrator danych osobowych – Dyrektor WCPR - przetwarza Pani/Pana **dane osobowe w celu przyznania Wnioskodawcy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.**
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
 - 1) wypełnienia obowiązków prawnych Administratora,
 - 2) realizacji umów zawartych z kontrahentami m. st. Warszawy,
 - 3) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o którym mowa w pkt 4 odbiorcami podanych we Wniosku danych osobowych mogą być:
 - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
 - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z WCPR przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Dyrektor WCPR.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
 - 1) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
 - 2) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
 - 3) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy:
 - a) dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
 - b) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,
 - c) osoba, której dane dotyczą wycofała zgodę na przetwarzanie danych osobowych, która jest podstawą przetwarzania danych i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania danych,
 - d) dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - e) dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
 - 4) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych – w przypadku, gdy:
 - a) osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
 - b) przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,
 - c) Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, ale osoba, której dane dotyczą, potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,
 - d) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie Administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;
 - 5) prawo do przenoszenia danych – w przypadku w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
 - a) przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane dotyczą lub na podstawie zgody wyrażonej przez tę osobę,
 - b) przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany
 - 6) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:

- a) zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora,
 - b) przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą jest dzieckiem.
8. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, zgodnie z obowiązującym prawem.
 9. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w WCPR Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.
 10. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
 11. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
 12. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

**Administrator
danych osobowych**

niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Administratora przez Wnioskodawcę we wniosku o pomoc ze środków PFRON.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam niniejszym dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Administratora oraz PFRON w celu przyznania dofinansowania ze środków PFRON i potwierdzam zapoznanie się z powyższymi Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w Warszawskim Centrum Pomocy Rodzinie w ramach udzielania dofinansowań ze środków PFRON, oraz oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
przez Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie, oraz PFRON

Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit a. Rozporządzenia 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 tych danych oraz uchylecia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych)

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie, oraz PFRON w celu zrealizowania wniosku z dnia dotyczącego uzyskania dofinansowania ze środków PFRON, do którego dołączam mniejszą zgodę.

Pracownik przyjmujący oświadczenie

Osoba składająca oświadczenie

.....

.....

podpis z datą i pieczętką imienną

czytelny podpis z datą