

Data wpływu: .....  
Nr sprawy: .....

**WNIOSEK**  
**O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**  
**LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH W ZWIĄZKU Z INDYWIDUALNYMI POTRZEBAMI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

ROI A WNIOSKODAWCY	
Wnioskodawca składa wniosek: <input type="checkbox"/> We własnym imieniu <input type="checkbox"/> Jako rodzic <input type="checkbox"/> Jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadzonego notarialnie	Zakres pełnomocnictwa: <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne
Postanowieniem Sadu Nr z dnia .....	Svanatura akt: .....
Imię i nazwisko notariusza: .....	Repertorium nr: .....

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA	
Województwo:	
Powiat/Gmina	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu/Nr lokalu	
Kod pocztowy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY	
<input type="checkbox"/> Taki sam jak adres zamieszkania	

Województwo:	
Powiat/Gmina	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu/Nr lokalu	
Kod pocztowy:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO	
Województwo:	
Powiat/Gmina	

Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu/Nr lokalu	
Kod pocztowy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....		
Numer orzeczenia:			
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	<input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <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**

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	

**CEL DOFINANSOWANIA I UZASADNIENIE** (można dołączyć w postaci dodatkowego załącznika do wniosku)

**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

- poniosłem/am nakłady w wysokości.....  nie poniosłem/am nakładów

**FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę (w przypadku dofinansowania do samych materiałów)

Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

- W kasie lub przekazem pocztowym (w przypadku przekazu wymagane oświadczenie o braku konta bankowego)  
 Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

**OPIS MIEJSCA ZAMIESZKANIA**

Ilość pięter:	<input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> piętrowy, <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?): .....
Rodzaj nieruchomości	<input type="checkbox"/> dom prywatny, <input type="checkbox"/> budynek wielorodzinny, <input type="checkbox"/> inne .....
Czy do mieszkania prowadzą schody	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:	

**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**

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 1a 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 ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

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.

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
Miejscowość		Data
		Podpis Wnioskodawcy

## INFORMACJA DOT. PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH (OBOWIĄZEK INFORMACYJNY)

- Zgodnie z art 13 i 14 RODO informujemy, że administratorem Pani/Pana danych osobowych (dalej jako: „Administrator”) jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaworznie z siedzibą przy ul. Północnej 9b, 43-600 Jaworzno jako podmiot, któremu powiat powierzył do wykonania zadania rozpatrzenia wniosków o dofinansowanie z PFRON, NIP:6320008213, REGON: 003451016, tel. (0-32) 618-18-40, fax (0-32) 618-18-41, strona internetowa: [www.mops.jaworzno.pl](http://www.mops.jaworzno.pl), e-mail: [mops@mops.jaworzno.pl](mailto:mops@mops.jaworzno.pl).
- We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora można uzyskać informację, kontaktując się z Inspektorem Ochrony Danych, Panią Angeliką Klimczak, telefonicznie, dzwoniąc pod numer telefonu: 734-459-362, przesyłając informację na adres e-mail: [angelika@informatics.jaworzno.pl](mailto:angelika@informatics.jaworzno.pl), listownie i osobiście pod adresem siedziby Administratora: ul. Północna 9b, 43-600 Jaworzno.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także realizacja zadań z zakresu rehabilitacji społecznej, która ma na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestniczenia w życiu społecznym, monitorowanie i kontrola oraz ewaluacja i sprawozdawczość, jak również ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń i archiwizacja.
- Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO w szczególności w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i jej aktów wykonawczych, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO. Podstawą przetwarzania danych są przepisy prawa tzn. że podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Pani/Pana wniosku jest obowiązkowe, a konsekwencją niepodania przez Panią/Pana danych osobowych będzie brak możliwości przyznania dofinansowania.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u Administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.
- Dostęp do danych będą miały osoby pracujące i współpracujące z Administratorem w tym podmioty świadczące asystę techniczną oprogramowania, służącego do obsługi zadań PFRON. Pani/Pana dane w przypadkach ściśle określonych przepisami prawa mogą zostać ujawnione poprzez przesłanie uprawnionym podmiotom, w tym Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, NIP 525-100-08-10, REGON: 012059538, tel. 22 5055500, strona internetowa: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), Kontakt do IOD, e-mail: [iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl).
- Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych poza Europejski Obszar Gospodarczy. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane.
- Informujemy, że przysługują Pani/Panu następujące prawa dotyczące danych osobowych: dostępu do danych osobowych (art. 15 RODO); sprostowania lub uzupełniania danych osobowych, w przypadku, gdy Pani/Pana zdaniem są one nieprawidłowe lub niekompletne (art. 16 RODO); prawo do usunięcia danych (art. 17 RODO); ograniczenia przetwarzania danych (art. 18 RODO), prawo do przenoszenia danych osobowych (art. 20 RODO) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją (art. 21 RODO). W celu realizacji powyższych praw należy złożyć pisemny wniosek z wybranym żądaniem.
- Ma Pani/Pan również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez Administratora.