

.....
(data wpływu wniosku)

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zadania z zakresu likwidacji barier architektonicznych

Nazwa przedsięwzięcia :

.....
.....

Informacje o Wnioskodawcy:

1. Imię i nazwisko:

2. Adres:

3. Numer telefonu:

4. Numer PESEL:

5. Przedmiot dofinansowania:

6. Nazwa i nr rachunku bankowego na który przekazać dofinansowanie:

7. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania: (opis choroby)

8. Przewidywany koszt realizacji zadania:

9. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu:

L.p.	Numer zawartej umowy	Data zawartej umowy	Cel przyznania dofinansowania	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

10. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu:

11. OŚWIADCZENIA:

Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód rodziny**, 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

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

.....
**podpis Wnioskodawcy/
opiekuna prawnego**

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryficach z siedzibą w 72-300 Gryfice ul. Dworcowa 22
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w PCPR Gryfice możliwy jest pod numerem tel. nr 608059292 lub adresem email: ido@it-serwis.com.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z Ustawy z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, e lub/i Art.9 ust.2 lit. a - ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 4) odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą inne instytucje publiczne wspierające i współorganizujące pomoc społeczną: Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, Ośrodki Pomocy Społecznej, Domy Pomocy Społecznej, organy administracji rządowej - policja i sądy.
- 5) Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres przewidziany wg Rzeczowego Wykazu Akt.
- 6) posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
- 7) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
- 8) podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, niepodanie danych w zakresie wymaganym przez administratora będzie skutkować brakiem możliwości podjęcia działań w celu właściwego rozpatrzenia sprawy
- 9) Pana/Pani dane nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (profilowaniu).
- 10) Administrator nie planuje dalej przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.
- 11) Pani/Pana dane nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu uzyskania dofinansowania ze środków PFRON, zgodnie z art.6 ust.1 lit. a i art.9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia UE 2016/679 o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawa o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. z dnia 10.05.2018 r. poz. 1000 .

....., dn.

.....
**podpis Wnioskodawcy/
opiekuna prawnego**

Dane

Rodzica lub Przedstawiciela ustawowego (dla Wnioskodawcy małoletniego), bądź Opiekuna Prawnego lub Pełnomocnika

.....syn/córka
(imię i nazwisko) (imię ojca)

Dowód osobisty: seria nrwydany w dniu
przez
nr PESEL nr NIP
miejscowość ulica nr domu.....
(adres stałego zameldowania)
nr kodu - poczta powiat
województwo nr tel./fax

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem
* postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia
sygnatura akt
* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
z dnia nr

* niepotrzebne skreślić

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności Wnioskodawcy.
2. Oświadczenie o posiadaniu dowodu osobistego Wnioskodawcy; w przypadku dziecka - oświadczenie o posiadaniu dowodu osobistego rodzica.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności wraz z uzasadnieniem potrzeby likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania, z uwagi na stan zdrowia.
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt własności, umowa najmu).
5. Szkic mieszkania.
6. Zgoda właściciela budynku/mieszkania.
7. Projekt i kosztorys dotyczący przystosowania pomieszczenia (dostarcza się po ustaleniach dokonanych podczas wizji lokalnej).

.....
imię i nazwisko
.....
adres
.....
nr PESEL

.....
data

Oświadczenie o posiadaniu dowodu osobistego

Oświadczam, że posiadam dowód osobisty: seria nrwydany
w dniu przez

Oświadczam, że ponoszę odpowiedzialność prawną w przypadku podania danych
niezgodnych z prawdą.

.....
potwierdzenie – podpis pracownika PCPR

.....
podpis osoby składającej oświadczenie