

.....  
(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:**

| <b>L.p.</b> | <b>Numer zawartej umowy</b> | <b>Data zawartej umowy</b> | <b>Cel przyznania dofinansowania</b> | <b>Kwota dofinansowania</b> | <b>Stan rozliczenia</b> |
|-------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
|             |                             |                            |                                      |                             |                         |
|             |                             |                            |                                      |                             |                         |
|             |                             |                            |                                      |                             |                         |
|             |                             |                            |                                      |                             |                         |
|             |                             |                            |                                      |                             |                         |

**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**

## **INFORMACJA ADMINISTRATORA:**

**Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. 2016/679 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 adresem email: [iodo@gryfice.pl](mailto:iodo@gryfice.pl)
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane, przechowywane oraz zabezpieczane na podstawie Art. 2b ust. 1-6 w celu realizacji zadań wynikających z Ustawy z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c Art. 9 ust. 2 lit. a - ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. 2016/679.
- 4) odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą inne instytucje publiczne wspierające i współorganizujące pomoc społeczną, w tym: Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, Ośrodki Pomocy Społecznej, Domy Pomocy Społecznej, oddziały PFRON, organy administracji rządowej, organy ścigania, sądy.
- 5) Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres przewidziany wg Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt oraz Art. 2b ust. 7-8 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- 6) posiada Pani/Pan prawo do:
  - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne, a także prawo do ich usunięcia, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
  - c) prawo do ograniczenia lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
  - d) prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa)
- 7) podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, niepodanie danych w zakresie wymaganym przez administratora będzie skutkować brakiem możliwości podjęcia działań w celu właściwego rozpatrzenia sprawy.
- 8) Pana/Pani dane nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (profilowaniu).
- 9) Administrator nie planuje dalej przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.
- 10) Pani/Pana dane nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rozpatrzenia wniosku/ 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. ....

.....

**Dane**

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

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

Dowód osobisty: seria ..... nr .....wydany 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 ..... nr .....wydany  
w dniu ..... przez .....

Oświadczam, że ponoszę odpowiedzialność prawną w przypadku podania danych nie-  
zgodnych z prawdą.

.....  
potwierdzenie – podpis pracownika PCPR

.....  
podpis osoby składającej oświadczenie