

.....
(data wpływu wniosku)

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

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: (adres zam., 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
lub 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
- 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 Rzecзовego 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 Prezes 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 zautomatyzowanym 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 (nr kier.)

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 technicznych.
4. Specyfikacja zawierająca wykaz sprzętu wraz z cenami (np. od sprzedawcy).

.....
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