



**POWIATOWE CENTRUM POMOCY  
RODZINIE  
W GRODZISKU WIELKOPOLSKIM**  
ul. Żwirki i Wigury 1  
62-065 Grodzisk Wlkp.  
tel. 061 44 52 509

Data wpływu wniosku .....  
(wypełnia PCPR)

**WNIOSK  
O DOFINANSOWANIE ZAKUPU SPRZĘTU LUB WYKONANIA USŁUG Z ZAKRESU  
LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ  
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**  
**UWAGA! Przed wypełnieniem wniosku proszę zapoznać się z zasadami i procedurami udzielania  
dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się**

**I .Dane wnioskodawcy**

**Dane osoby dorosłej lub małoletniej ubiegającej się o dofinansowanie:**

Imię.....	PESEL
Nazwisko.....	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
<b>Adres zamieszkania:</b> ..... ..... .....	<b>SERIA i NUMER DOWODU</b> ..... <b>Wydany przez:</b> .....
<b>Imię i Nazwisko właściciela konta:</b> ..... <b>Nazwa Banku</b> .....	<b>TEL:</b> ..... <b>TEL. KOM:</b> .....
<b>Nr konta bankowego:</b> .....	<b>Odbiór w kasie PCPR*</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię.....	PESEL
Nazwisko.....	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Adres zamieszkania: ..... .....	SERIA i NUMER DOWODU .....
Nazwa banku ..... Nr konta bankowego.....	Tel ..... Tel.kom.....
Ustanowiony opiekunem*) postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia ..... sygnatura akt ..... Na mocy pełnomocnictwa*)potwierdzonego przez Notariusza z dnia ..... repet. nr .....	

## II. Stopień niepełnosprawności

1. Znaczny (inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji)	
2. Umiarkowany (inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy)	
3. Lekki (inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy)	
4. Osoby w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności	
5. Osoby o stałej lub okresowej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998 r.	
6. Osoby o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	

## III. Przyczyna niepełnosprawności

1. upośledzenie umysłowe	
2. choroby psychiczne	
3. zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
4. choroby narządu wzroku	
5. upośledzenie narządu ruchu	
6. epilepsja	
7. choroby oddechowego i krążenia	
8. choroby układu pokarmowego	
9. choroby układu moczowo – płciowego	
10. choroby neurologiczne	
11. inne, w tym schorzenia : endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	
12. całościowe zaburzenia rozwojowe	

## IV. Sytuacja zawodowa (wstawić X we właściwej rubryce)

Zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
Młodzież od 18 do 24 roku życia ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
Bezrobotny poszukujący pracy**/rencista poszukujący pracy**	
Bezrobotny nie poszukujący pracy*/rencista nie poszukujący pracy*	
Rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
Dzieci i młodzież do 18 roku życia	

\* niepotrzebne skreślić

\*\* zarejestrowani w Powiatowym Urzędzie Pracy



nazwa urzędnika, rodzaj usługi

cena brutto

**X. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na powyższy cel (do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku)**

- podać dotychczasowe źródła finansowania

.....  
.....

**XI. Termin rozpoczęcia i przewidywany termin realizacji zadania**

.....

**XII. Kwota wnioskowanego dofinansowania: (max 95% ceny brutto całkowitej kwoty)..... zł**

(słownie: .....zł)

**Deklarowany wkład własny: (min 5% ceny brutto całkowitej kwoty)..... zł**

(słownie: .....zł),

**XIII. Informacje o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten cel.**

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

**XI. Oświadczenie wnioskodawcy:**

**1. Oświadczenie co następuje:**

<b>Liczba osób</b> pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (uprawniony oraz jego współmałżonek/ małżonka i dzieci)	
w tym <b>liczba osób niepełnosprawnych</b> , pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym*)	
<b>Miesięczny dochód**)</b> mojej rodziny obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
<b>Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego</b>	

\***Liczba osób niepełnosprawnych**, w tym pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym. W przypadku gdy w gospodarstwie domowym zamieszkują oprócz wnioskodawcy inne osoby z orzeczoną stopniem niepełnosprawności, wskazane jest dołączenie kopii orzeczenia o niepełnosprawności osoby wspólnie gospodarującej, a także oświadczenie stanowiące załącznik nr 2.

\*\***Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych **to dochód** pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

W przypadku wątpliwości co należy uznać za dochód, informacji udziela Dział d.s. Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych.

2. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.
4. Zgodnie z art. 7 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych dotyczących mojej osoby (mojego małoletniego dziecka) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Wielkopolskim do celów związanych z realizacją dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
5. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek złożony w dniu ..... zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i podjęciu uchwały o podziale środków finansowych PFRON na bieżący rok przez Radę Powiatu Grodziskiego.
6. Równocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią procedury załączonej do wniosku.
7. Przyjmuję do wiadomości informację, że nieusunięcie uchybień, w tym niedostarczenie załączników, w terminie 30 dni od dnia poinformowania o tym fakcie przez pracownika PCPR, spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

.....  
data

.....  
podpis Wnioskodawcy lub osoby składającej wniosek

.....  
data

.....  
Pieczętka i podpis osoby przyjmującej oświadczenie

#### Załączniki do wniosku:

1. Kopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność wnioskodawcy, a także innych osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności zamieszkujących z wnioskodawcą (oryginał do wglądu), o ile dotyczy – wymagane.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie (**czytelne w języku polskim**), zawierające opis niepełnosprawności i szczegółowe uznanie, że osoba ma trudności w poruszaniu się (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do wniosku).
3. Pisemne upoważnienie dla osoby występującej w imieniu Wnioskodawcy.
4. Kopia postanowienia Sądu Rejonowego lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza osoby występującej w imieniu wnioskodawcy (oryginał do wglądu), o ile dotyczy – wymagane.
5. Zaświadczenie innego specjalisty (pedagoga, logopedy, psychologa) o wskazaniach do korzystania ze sprzętu w celu likwidacji barier w komunikowaniu się (w przypadku korzystania z jego porad).
6. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy.
7. Oferta cenowa od sprzedaży.

## OGÓLNE ZASADY DOFINANSOWANIA

1. Podstawę dofinansowania stanowi **umowa zawarta przed zakupem sprzętu** między Starostą Grodziskim a Wnioskodawcą.
2. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się nie przysługuje osobą niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednie dofinansowanie ze środków PFRON
3. Wysokość dofinansowania wynosi do 95% średnich kosztów zakupu, nie więcej jednak niż do wysokości 15-krotnego przeciętnego wynagrodzenia.
4. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.
5. Dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu się nie przysługuje osobie niepełnosprawnej, która ma zaległości wobec PFRON lub była w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązaniem z przyczyn leżących po stronie tej osoby.
6. Jeżeli Wnioskodawca zmarł przed rozpatrzeniem wniosku, nie podlega on dalszemu rozpatrzeniu.

**Składając Wniosek należy okazać oryginały powyższych dokumentów i dowód osobisty Wnioskodawcy. W przypadku jeżeli Wnioskodawca nie składa wniosku osobiście, należy przedstawić pisemne oświadczenie Wnioskodawcy, że upoważnia osobę składającą wniosek do występowania w jego imieniu.**

### PROCEDURY

#### DOTYCZĄCE LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

1. Po pobraniu wniosku o dofinansowanie zakupu sprzętu i z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się środków PFRON, Wnioskodawca wypełnia druk oraz składa podpis w wyznaczonym miejscu.
2. Wnioskodawca składa w siedzibie PCPR w Grodzisku Wlkp. ul. Żwirki i Wigury 1, pokój nr 1, tel. (61) 44 52 508, 509 wniosek o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się dołączając:
  - Kopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność wnioskodawcy, a także innych osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności zamieszkujących z wnioskodawcą (oryginał do wglądu), o ile dotyczy – wymagane.
  - Aktualne zaświadczenie lekarskie (**czytelne w języku polskim**), zawierające opis niepełnosprawności i szczegółowe uznanie, że osoba ma trudności w poruszaniu się (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do wniosku).
  - Pisemne upoważnienie dla osoby występującej w imieniu Wnioskodawcy.
  - Kopia postanowienia Sądu Rejonowego lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza osoby występującej w imieniu wnioskodawcy (oryginał do wglądu), o ile dotyczy – wymagane.
  - Zaświadczenie innego specjalisty (pedagoga, logopedy, psychologa) o wskazaniach do korzystania ze sprzętu w celu likwidacji barier w komunikowaniu się (w przypadku korzystania z jego porad).
  - Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy.
  - Oferta cenowa od sprzedaży.

**Składając Wniosek należy również okazać oryginały powyższych dokumentów i dowód osobisty Wnioskodawcy. W przypadku jeżeli Wnioskodawca nie składa wniosku osobiście, należy przedstawić pisemne oświadczenie (Załącznik nr 1) Wnioskodawcy, że upoważnia osobę składającą wniosek do występowania w jego imieniu.**

3. Złożony wniosek zostanie rozpatrzony w terminie 30 dni przy uwzględnieniu procedury rozpatrywania wniosków przez PCPR, z zastrzeżeniem iż wniosek będzie rozpatrzony, po otrzymaniu środków finansowych z PFRON i uchwaleniu planu finansowego na rok bieżący przez Radę Powiatu Grodziskiego.
4. Po otrzymaniu informacji o dofinansowaniu, Wnioskodawca jest zobowiązany stawić się z dowodem osobistym w wyznaczonym terminie do siedziby PCPR w celu podpisania umowy.
5. Wnioskodawca podpisuje umowę osobiście, uprzednio przedstawiając pracownikowi PCPR dowód osobisty.
6. Po podpisaniu umowy, wnioskodawca dokonuje zakupu sprzętu wpłacając udział własny i w wyznaczonym terminie jest zobowiązany dostarczyć oryginał faktury i dowód wpłaty do siedziby PCPR.
7. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie przekazuje przyznane środki po weryfikacji faktur w ciągu 14 dni od chwili otrzymania w/w dokumentów rozliczeniowych (oryginał faktury po opisaniu zostają zwrócone Wnioskodawcy, oraz przedstawionym oświadczeniu przez wnioskodawcę z podanym nr konta na które zostaną przekazane środki PFRON).

**Przed podpisaniem umowy z PCPR nie należy dokonywać zakupu sprzętu związanego z likwidacją barier w komunikowaniu się.**

## Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

**Zgodnie z art. 13 ust. 1** 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016), zwanego dalej RODO **informujemy, iż:**

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych (i/lub podopiecznego) jest Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Wlkp., z siedzibą w Grodzisku Wielkopolskim, ul. Żwirki i Wigury 1.

2) Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Wlkp., jest Pan Piotr Bartkowiak (e-mail: inspektor-rodo@pcprgw.pl)

3) Pani/Pana dane osobowe (i/lub podopiecznego) przetwarzane będą **do celów związanych z realizacją dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.**

na podstawie:

- Art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. 2018, Poz. 511 ze zmianami),
- Art. 6. ust 1. Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2015 poz. 926),
- art. 6 ust 1 pkt a-e ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

4) Pani/Pana dane osobowe (i/lub podopiecznego) będą przechowywane przez okres realizacji dofinansowania oraz przez okres niezbędny do zapewnienia kontroli przyznanego dofinansowania.

5) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych (i/lub podopiecznego) oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do GODO, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

7) podanie przez Pana/Panią danych osobowych (i/lub podopiecznego), w tym danych wrażliwych, jest warunkiem koniecznym do rozpatrzenia wniosku/uzyskania dofinansowania/warunkiem zawarcia umowy. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych lub podanie niepełnych danych osobowych może skutkować pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.

8) Przetwarzane Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Wniosek Pani/Pana ..... wpłynął dnia .....

<b>Załączniki dołączone do wniosku:</b>	<b>tak</b>	<b>nie</b>	<b>dostarczyć do dnia*)</b>
<b>orzeczenie</b>			
<b>zaświadczenie lekarskie</b>			
<b>oferta cenowa</b>			

\*podstawa prawna: § 12 pkt 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2015 r., poz. 926).

<b>L.p.</b>	<b>Występujące uchybienia:</b>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

### **Wniosek niekompletny:**

Dnia ..... Wnioskodawca został poinformowany pisemnie o konieczności usunięcia uchybień/dostarczenia brakujących załączników.

Jeżeli w terminie 30 dni od dnia poinformowania przez pracownika PCPR Wnioskodawcy o występujących uchybieniach/braku załączników tj. do dnia ..... wniosek nie będzie kompletny, zostanie pozostawiony bez rozpatrzenia.

**Data pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia .....**

### **Wniosek kompletny:**

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej .....**

.....  
pieczęć i podpis pracownika PCPR







**Załącznik nr 3:**

**Likwidacja barier w komunikowaniu się – to ograniczenia umożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się lub przekazywanie informacji.**

.....  
Miejscowość i data

Pieczętka instytucji wystawiającej zaświadczenie

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
dotyczące likwidacji barier w komunikowaniu się**

Imię i nazwisko: .....

PESEL : .....

Adres zamieszkania : .....

**I. Przyczyna niepełnosprawności (wstawić X we właściwe rubryki )**

1. upośledzenie umysłowe	
2. choroby psychiczne	
3. zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
4. choroby narządu wzroku	
5. upośledzenie narządu ruchu	
6. epilepsja	
7. choroby oddechowego i krążenia	
8. choroby układu pokarmowego	
9. choroby układu moczowo – płciowego	
10. choroby neurologiczne	
11. inne, w tym schorzenia : endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	
12. całościowe zaburzenia rozwojowe	

**II. Opis niepełnosprawności :**.....

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

**III. Szczególne uzasadnienie, że osoba ma trudności w porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością.**

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

.....  
Pieczętka i podpis lekarza