



**DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO****DANE PERSONALNE**

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia:..... r.

PESEL          NIP         Pełnoletni:  tak  nie**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy  - .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr m. ....

Powiat .....

Województwo .....

 miasto wieś**2. STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY /DZIECKA / PODOPIECZNEGO** całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji znaczny stopień I grupa inwalidzka całkowita niezdolność do pracy umiarkowany stopień II grupa inwalidzka częściowa niezdolność do pracy lekki stopień III grupa inwalidzka ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)Ww. dokument jest ważny:  okresowo do .....  bezterminowo**3. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO UTRUDNIAJĄCY KOMUNIKOWANIE SIĘ WYNIKAJĄCY Z ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** NARZĄD RUCHU, w zakresie: obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej

z koniecznością porusza się przy pomocy

 wózka inwalidzkiego kul INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU ..... NARZĄD WZROKU, w zakresie: osoba niewidoma osoba niedowidząca NARZĄD SŁUCHU, w zakresie: osoba niesłysząca osoba niedosłysząca INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU I MOWY..... DEFICYT ROZWOJOWY ( jaki?) ..... CHOROBA PSYCHICZNA ( jaka?)..... INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności utrudniające komunikowanie się .....

**4. WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO**

|  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> podstawowe                        | <input type="checkbox"/> gimnazjalne   | <input type="checkbox"/> zawodowe   |
| <input type="checkbox"/> średnie ogólne                    | <input type="checkbox"/> średnie zawodowe  | <input type="checkbox"/> policealne |
| <input type="checkbox"/> wyższe                            | <input type="checkbox"/> inne, jakie:  |                                     |
| <input type="checkbox"/> nie realizuje obowiązku szkolnego | <input type="checkbox"/> jest w trakcie realizacji obowiązku szkolnego (podać nazwę szkoły)..... |                                     |

**5. DODATKOWE KWALIFIKACJE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> prawo jazdy              | <input type="checkbox"/> obsługa urządzeń biurowych |
| <input type="checkbox"/> znajomość języków obcych | <input type="checkbox"/> inne, jakie:.....          |
| <input type="checkbox"/> obsługa komputera        |   |
| wykonywane zawody .....                           |   |

**6. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> zatrudniony w .....                          | <input type="checkbox"/> prowadzący działalność gospodarczą                             | <input type="checkbox"/> osoba powyżej 18 lat ucząca się |
| <input type="checkbox"/> na czas określony do dnia.....               |   |  |
| <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony                         |   |  |
| <input type="checkbox"/> emeryt                                       | <input type="checkbox"/> rencista   | <input type="checkbox"/> dzieci i młodzież do lat 18     |
| <input type="checkbox"/> bezrobotny zarejestrowany w PUP od dnia..... | <input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy zarejestrowany w PUP od dnia..... | <input type="checkbox"/> inne, jakie: .....              |
| <input type="checkbox"/> bezrobotny niezarejestrowany w PUP           | <input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy niezarejestrowany w PUP           |  |

**7. WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY zamieszkuje**

|   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> samotnie   | <input type="checkbox"/> z rodziną | <input type="checkbox"/> z osobami niespokrewnionymi |
| czy wspólnie z wnioskodawcą /dzieckiem /podopiecznym zamieszkują inne osoby niepełnosprawne : |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> tak, proszę podać ilość osób i stopień niepełnosprawności .....      |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> nie  |                                    |  |

**8. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA .....**



**15. CZY WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY POSIADA SPRZĘT KOMPUTEROWY**

tak, podać rok zakupu .....

nie

**16. CZY WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY BYŁ STRONĄ UMOWY O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON I UMOWA TA ZOSTAŁA ROZWIĄZANA Z PRZYCZYŃ LEŻĄCYCH PO STRONIE WNIOSKODAWCY**

tak, podać datę .....

nie

**17. CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON**

tak, podać rodzaj i wysokość w zł. wymagalnego zobowiązania .....

nie

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

**18. CZY PLANOWANE DO REALIZACJI ZADANIE BĘDZIE FINANSOWANE Z INNYCH ŹRÓDEŁ NIŻ PFRON ( np. sponsor, GOPS, MOPS)**

tak, podać wysokość dofinansowania.....

nie

**19. UZASADNIENIE CELU DOFINANSOWANIA** ( wpisać informacje uzasadniające ubieganie się o dofinansowanie oraz cel jakiemu ono będzie służyć )

**20. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**.....

**Liczba osób ze wspólnym gospodarstwem domowym wraz z Wnioskodawcą:**.....

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy** - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, według wzoru:  $[(2.715\text{zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;

Do dochodu **wlicza się**, m.in. przychody podlegające opodatkowaniu, dochód z działalności gospodarczej / rolniczej, renty, emerytury, zasiłki chorobowe, alimenty na rzecz dzieci, stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego, świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora, zaliczkę alimentacyjną

Do dochodu **nie wlicza się** zasiłków z pomocy społecznej, takich jak zasiłek rodzinny, zasiłek pielęgnacyjny, zasiłek okresowy, zasiłek stały.

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

Zgodnie z art.75 KPA, uprzedzony/ a o odpowiedzialności karnej z art.233 KK za fałszywe zeznanie, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

## 21. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

| L.p. | Nazwa załącznika  | załączono | uzupełniono |
|------|---|-----------|-------------|
| 1.   | Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu)   |           |             |
| 2.   | Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wraz z Wnioskodawcą w przypadku takich osób (oryginał do wglądu)   |           |             |
| 3.   | Aktualne zaświadczenie lekarskie wypełnione przez lekarza specjalistę ( <u>wypisane czytelnie i w języku polskim</u> ) informujące o rodzaju niepełnosprawności, stanie zdrowia wraz z informacją o występujących trudnościach poruszaniu się – <b>nie starsze niż 3 miesiące</b> – sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik do wniosku. |           |             |
| 4.   | Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy   |           |             |
| 5.   | Zaświadczenie o pobieraniu nauki ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się  |           |             |
| 6.   | Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego bądź dodatku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania (oryginał do wglądu)   |           |             |
| 7.   | Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeżeli taki występują (oryginał do wglądu)  |           |             |
| 8.   | Opinia specjalisty o konieczności posiadania wnioskowanego urządzenia jako dokument potwierdzający zasadność zakupu sprzętu przeznaczonego do likwidacji barier w komunikowaniu się *   |           |             |
| 9.   | Oferta cenowa   |           |             |

### **Oświadczam, że :**

- 1) informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania (odpowiedzialność karna przewidziana w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego),
- 2) posiadam środki własne na pokrycie wkładu własnego będącego uzupełnieniem dofinansowania,
- 3) jestem / nie jestem płatnikiem VAT (niepotrzebne skreślić),
- 4) w przypadku zmiany danych podanych we wniosku zobowiązuje się niezwłocznie o tym fakcie powiadomić PCPR ,
- 5) przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania,
- 6) przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie,
- 7) przyjmuję do wiadomości, że w przypadku znacznego niedoboru środków PFRON w stosunku do istniejących potrzeb procent dofinansowania określony jako maksymalny 95%, może zostać obniżony.

**We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.**

### **Uwaga:**

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę we wniosku informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.

.....  
data i podpis Wnioskodawcy

## WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU - WYPEŁNIA PCPR

Wniosek złożono w dniu.....

Brakujące dokumenty : nr.....

Wezwanie do uzupełnienia : wysłano.....odebrano.....Wniosek uzupełniono dnia :.....

Wniosku nie uzupełniono w terminie .....w związku z tym pozostanie bez rozpatrzenia.

| Lp.                                 | Warunki weryfikacji formalnej:   | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe): | UWAGI |
|-------------------------------------|--|---|-------|
| 1                                   | Wnioskodawca/ dziecko/ podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania                          | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |       |
| 2                                   | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z katalogiem   | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |       |
| 3                                   | Wysokość wnioskowanej kwoty dofinansowania jest zgodna z przepisami  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |       |
| 4                                   | Deklarowany przez Wnioskodawcę udział własny spełnia warunki określone w przepisach  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |       |
| 5                                   | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu   | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |       |
| 6                                   | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |       |
| 7                                   | Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)   | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |       |
| 8                                   | Wniosek jednorazowo uzupełniony we wskazanym terminie  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |       |
| 9                                   | Wniosek kompletny w dniu przyjęcia   | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |       |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: |  | ...../...../ .202.....r.                                      |       |

Weryfikacja formalna wniosku:  **pozytywna**  **negatywna**

*pieczętka imienna pracownika PCPR  
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*



**PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KOMISJI DO SPRAW ROZPATRYWANIA WNIOSKÓW**

pozytywna:

negatywna:

**PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI ..... zł, .....%**

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

**Podpisy członków Komisji:**

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

6. ....

7. ....

8. ....

9. ....

10. ....

.....

**(protokół sporządził podpis)**

***Klauzula informacyjna dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kutnie dotycząca przetwarzania danych osobowych***

Zgodnie z art. 13 **RODO**\* informuję:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kutnie, reprezentowane przez Dyrektora

Siedziba: 99-300 Kutno, ul. Krzywoustego 11, Regon: 472200940

Kontakt: tel: **24/ 355-47-50**, e-mail: [sekretariat@pcprkutno.pl](mailto:sekretariat@pcprkutno.pl)

2. Z Inspektorem ochrony danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kutnie można skontaktować się za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: [ido@pcprkutno.pl](mailto:ido@pcprkutno.pl) , lub listownie na powyżej wskazany adres z dopiskiem „Inspektor ochrony danych”.
3. Zbierane dane osobowe są przetwarzane zgodnie z RODO - w celu realizacji zadań określonych przepisami prawa i nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa.
4. Podstawą prawną przetwarzania Pana/ Pani danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO – wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.
5. **Celem przetwarzania Pana/Pani danych osobowych jest dofinansowanie zadań z zakresu rehabilitacji społecznej**, tj. realizacja zadań wynikających z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
6. Obowiązujące przepisy prawa wskazują w jakich przypadkach konieczne jest podawanie danych osobowych. W pozostałych przypadkach podawanie danych osobowych ma charakter dobrowolny.
7. Dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie przez okres niezbędny do zrealizowania zadania/ uprawnienia wynikającego z ustawy wskazanej w pkt. 5 oraz przez okres wskazany w przepisach o archiwizowaniu danych; po tym okresie dane osobowe mogą być usuwane – na podstawie przepisów prawa.  
W przypadku w/w dokumentacji kat.archiwalna B10.
8. Przewidywani odbiorcy danych:
  - a) upoważnieni pracownicy Administratora,
  - b) podmioty przetwarzające, które świadczą usługi na rzecz Administratora np. w zakresie obsługi informatycznej lub obsługi prawnej,
  - c) apteki,
  - d) sklepy medyczne,
  - e) szkoły
  - f) ośrodki realizujące usługi w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych,
  - g) ZUS,
  - h) Urząd skarbowy,
  - i) instytucje nadzorujące,
  - j) ośrodki pomocy społecznej,
  - k) PCPR.
9. Każda osoba, ma prawo do:

- a) żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania,
- b) otrzymania kopii na zasadach wskazanych w art. 15 ust 3 i 4 RODO,
- c) prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa,
- d) ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych - chyba że przepisy prawa sprzeciwiają się temu,

- e) wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli stwierdzi, że przetwarzanie w naszym urzędzie narusza przepisy prawa.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania.
11. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
12. Pana/Pani dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Zapoznałem/am się z powyższą klauzulą .....

(data, podpis)

***\*Rozporządzenie 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)***