

.....  
numer sprawy

.....  
data wpływu wniosku do PCPR

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się

*Uwaga: przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z zasadami i procedurami dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*

#### A. Dane osoby niepełnosprawnej

##### I. Dane osobowe

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania (z kodem pocztowym) .....

PESEL.....

Dowód osobisty: seria ..... numer..... data wydania.....

wydany przez .....

numer telefonu.....

##### II. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (należy wstawić X we właściwej rubryce)

1	znaczny	
	inwalida I grupy	
	osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji	
	osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2	umiarkowany	
	inwalida II grupy	
	osoba całkowicie niezdolna do pracy	
3	lekki	
	inwalida III grupy	
	osoba częściowo niezdolna do pracy	
	osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym	
4	osoba niepełnosprawna poniżej 16 roku życia	

##### III. Rodzaj niepełnosprawności (należy wstawić X we właściwej rubryce)

dysfunkcja narządu ruchu	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządów słuchu / mowy / głosu	
schorzenie neurologiczne / epilepsja	
schorzenie układu oddechowego / krążenia / pokarmowego / moczowo - płciowego	
choroba psychiczna / upośledzenie umysłowe	
inny, jaki?	

**IV. Sytuacja społeczno - zawodowa (należy wstawić X we właściwej rubryce)**

zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą	
rencista / emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
bezrobotny poszukujący pracy (niepotrzebne skreślić)	
osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się lub studiująca (niepotrzebne skreślić)	
dzieci i młodzież do lat 18, uczące się (niepotrzebne skreślić)	

**V. Informacja o wcześniejszym korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Cel dofinansowania (nazwa zadania lub programu oraz przedmiot dofinansowania )	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Przyznana kwota	Stan rozliczenia

**B. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania ( z kodem pocztowym).....

.....

PESEL.....

Dowód osobisty: seria ..... numer..... data wydania.....

wydany przez .....

numer telefonu/faxu (z nr. kier.) .....ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem:

- postanowieniem Sądu z dnia .....sygn. akt .....

- na mocy pełnomocnictwa z dnia ..... repertorium nr. ....

**C. Przedmiot dofinansowania****I. Przedmiot dofinansowania** .....

.....

.....

**II. Cel dofinansowania** .....

.....

.....

**III. Miejsce realizacji zadania** .....





6. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
7. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne;
9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*), 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.;
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

**Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże w przypadku nieudzielenia zgody na ich przetwarzanie nie będzie mogła/mógł Pani/Pan realizować swoich praw wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się.**

**Oświadczam, że zrozumiałam/em wszystkie informacje wyżej podane i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści niniejszego wniosku oraz w zakresie niezbędnych potrzeb wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się.**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego/pełnomocnika

#### **Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub równoważnego) lub w przypadku dziecka orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
2. Kopie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności (lub równoważnych) lub o niepełnosprawności osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (oryginał do wglądu).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie na załączonym druku – ważne 30 dni od dnia wystawienia, czytelne, w języku polskim.
4. Dowód osobisty Wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej / opiekuna prawnego / pełnomocnika – do wglądu.
5. Kopia postanowienia sądu lub kopia zaświadczenia o ustanowieniu opiekunem prawnym osoby ubezwłasnowolnionej (oryginał do wglądu).
6. Kopia pełnomocnictwa w przypadku wyznaczenia pełnomocnika (oryginał do wglądu).
7. Dokumenty potwierdzające dofinansowanie zadania z innych źródeł.
8. Faktura proforma lub oferta cenowa określająca cenę brutto sprzętu.

Do wniosku mogą zostać dołączone również dokumenty wyżej niewymienione, a mogące, w ocenie Wnioskodawcy, mieć wpływ na rozpatrzenie wniosku

## OCENA I SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU – WYPEŁNIA PCPR

### OCENA WNIOSKU

---

1. Złożono kompletny wniosek: TAK / NIE -  
braki we wniosku oraz załącznikach.....  
.....  
.....  
data uzupełnienia wniosku.....  
Wniosek został uzupełniony w terminie: TAK / NIE
  
2. Wnioskodawca korzystał w ubiegłych latach z dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się  
NIE / TAK -  
przedmiot dofinansowania.....  
.....  
data wypłaty dofinansowania.....
  
3. Wnioskodawca ma zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:  
NIE / TAK  
(wymienić).....  
.....
  
4. Wnioskodawca był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy  
o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie  
Wnioskodawcy: NIE / TAK -  
(numer umowy, data zawarcia i strona umowy) .....  
.....  
.....
  
5. Wniosek spełnia wymogi formalne: TAK / NIE  
(wymienić).....

.....  
data i podpis pracownika PCPR

### SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU

---

Data rozpatrzenia wniosku .....

Sposób rozpatrzenia wniosku.....

Wysokość przyznanego dofinansowania.....

Zakres objęty dofinansowaniem.....

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie.....

.....

.....

.....

.....  
data i podpis dyrektora PCPR



**Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

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

**Schorzenia współistniejące:**

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

**Uzasadnienie celowości likwidacji barier w komunikowaniu się w aspekcie indywidualnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności:**

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

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczętka i podpis lekarza



## INFORMACJE

**O dofinansowanie na likwidację barier w komunikowaniu się ze środków PFRON osoby niepełnosprawne mogą ubiegać się, jeżeli:**

- jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności
- realizacja zadania umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem

Dofinansowanie ze środków PFRON służy likwidacji istniejących barier w komunikowaniu się.

Przez **bariery w komunikowaniu się** rozumie się ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.

**Wnioskowany sprzęt powinien być funkcjonalnie przystosowany do obsługi przez osobę o określonych dysfunkcjach.**