

Program finansowany ze środków PFRON

NR SPRAWY: PCPR.DORS.4820.

Podpis Pracownika:

WNIOSEK „O” - Moduł I, Obszar B, Zadanie 4

wypełnia Wnioskodawca w imieniu podopiecznego

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –
Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i 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.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcprcieszyn.ox.pl w zakładce: **Dział Organizacyjny i Rehabilitacji Społecznej**.

1 Dane personalne Wnioskodawcy:

rodzic dziecka opiekun prawny dziecka / podopiecznego

Imię i nazwisko:

PESEL

Adres (miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, poczta):

.....
.....

Dowód osobisty:

seria i numer wydany w dniur. przez
..... data ważności dokumentur.

Płeć: kobieta mężczyzna **Stan cywilny:** wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

2 Dane dotyczące dziecka / podopiecznego, zwanego dalej podopiecznym:

Imię i nazwisko:

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Pełnoletni: tak nie

ADRESEM ZAMIESZKANIA, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

Telefon: E-mail:

Stan prawny dotyczący niepełnosprawności:

- całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność 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 dot. niepełnosprawności ważne jest:

- okresowo do dnia:
- bezterminowo

Rodzaj niepełnosprawności:

- 01-U - Upośledzenie umysłowe
- 02-P choroby psychiczne
- 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- 04-O choroby narządu wzroku
- 05-R choroby narządu ruchu
- 06-E epilepsja
- 07-S choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T choroby układu pokarmowego
- 09-M choroby układu moczowo – pęciowego
- 10-N choroby neurologiczne
- 11-I inne
- 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

Aktywność zawodowa osoby niepełnosprawnej:

- rejestracja w PUP – (od kiedy?)
- działalność gospodarcza - Nr NIP:
- działalność rolnicza,
- zatrudniony:
Nazwa firmy, adres:
- nie dotyczy

Obecnie wnioskodawca pobiera naukę (proszę zaznaczyć właściwe):

- szkoła policealna
- kolegium
- studia pierwszego stopnia
- studia drugiego stopnia
- jednolite magisterskie
- studia podyplomowe
- studia doktoranckie
- staż zawodowy w ramach programów UE
- nie dotyczy

3 Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 5 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie?

tak nie

Zadanie ustawowe lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc	Kwota przyznana	Rok rozliczenia
Razem kwota przyznana		

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania*:

* Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął.

Uwaga! W ramach programu „ MODUŁ II” nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON

4 Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

SPRZĘT ELEKTRONICZNY LUB JEGO ELEMENTY LUB OPROGRAMOWANIE – należy przez to rozumieć elektroniczne sprzęty i urządzenia lub ich elementy, a także dedykowane oprogramowanie, umożliwiające ograniczanie skutków dysfunkcji narządu słuchu, w tym przede wszystkim sprzęty i urządzenia mobilne (np. laptop, tablet, smartfon); głównym kryterium uznania kwalifikowalności danego kosztu są indywidualne i specyficzne potrzeby związane z rehabilitacją zawodową i społeczną potencjalnego beneficjenta, w tym potrzeba komunikowania się;

Rodzaj planowanego sprzętu/oprogramowania: proszę wymienić sprzęt elektroniczny lub jego elementy oraz oprogramowanie o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu elektronicznego/urządzeń/ oprogramowania, wraz z orientacyjną ceną brutto (kwota w zł):

.....

.....

.....

.....

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

Orientacyjna cena brutto:

Wkład własny – 10%
Wnioskowana kwota dofinansowania:

Dane rachunku bankowego Wnioskodawcy, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku:

Imię i nazwisko właściciela rachunku:

numer rachunku bankowego

nazwa banku

5 Informacje uzupełniające:

Informacje podstawowe:

Podopieczny posiada następujący sprzęt elektroniczny i oprogramowanie:

.....

Podopieczny nie posiada sprzętu elektronicznego i/lub oprogramowania.

Informacje dodatkowe:

Czy Podopieczny uzyskał wcześniej pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego i/lub oprogramowania:

NIE TAK w roku w ramach

a także w roku w ramach

POJĘCIA:

DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU (W PRZYPADKU OBSZARU B) – należy przez to rozumieć dysfunkcję narządu słuchu stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a w przypadku, gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu – ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db), stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu wydanym przez lekarza specjalistę;

6 Uzasadnienie wniosku:

(należy opisać w jaki sposób udzielone dofinansowanie umożliwi realizację celów programu, ponadto należy wskazać w jaki sposób wnioskowany sprzęt ograniczy skutki i rodzaj niepełnosprawności)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7 Informacje

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Cieszynie (43-400) przy ulicy Bobreckiej 29, reprezentowane przez Dyrektora (nr tel.: 33 47 77 117 adres e-mail: sekretariat@pcpr.cieszyn.pl) oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie (00-828), przy ul. Jana Pawła II 13.

2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu 518-442-215 w godzinach pracy urzędu, tj. od 7.30 – 15.30 lub adresem e-mail: inspektor@pcpr.cieszyn.pl.

3. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie **przetwarza dane osobowe w celu** prowadzenia dokumentacji wynikających z przepisów prawa dotyczących realizacji pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, oraz archiwizacji dokumentów.

4. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt 3, **dane osobowe będą udostępniane PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.** Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

5. **Podane dane osobowe są przetwarzane** na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.

6. **W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie, danych osobowych, przysługuje prawo do:**

- dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązany jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie,

- sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
- ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO.

7. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie danych osobowych narusza przepisy RODO, **przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.**

8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach prawa, a ich nie podanie skutkować będzie negatywnym rozpatrzeniem sprawy.

*Wnioskodawca **nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.***

....., dnia

Miejscowość, data

.....

Podpis Wnioskodawcy

....., dnia

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

w przypadku, gdy podstawą wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu słuchu (03-L)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	

....., dnia

Miejscowość, data

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

8 Załączniki do wniosku

TAK	NIE	Załączniki Obowiązkowe:
		Załącznik nr 1 - Oświadczenia do wniosku – Sporządzone wg wzoru
		Załącznik nr 2 - Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)
		Załącznik nr 3 - Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)
		Załącznik nr 4 - Oferta handlowa specjalistycznego sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
		Załącznik nr 5 - Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego we wniosku) - <u>tylko w przypadkach, gdy:</u> - podstawą wydania orzeczenia <u>nie jest</u> dysfunkcja narządu słuchu
Inne o ile dotyczy:		
		Kserokopia aktu urodzenia dziecka w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej,
		Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny
		Zaświadczenie ze szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia (dot. osób uczących się lub studiujących),
		Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie osoby (w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracę
		Zaświadczenie o zatrudnieniu - w przypadku osób zatrudnionych,
		Zaświadczenie potwierdzające działalność społeczną - w przypadku osób działających na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych
W przypadku występowania przez pełnomocnika:		
		Kopia pełnomocnictwa notarialnego - w przypadku osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik;
		Oświadczenie Pełnomocnika, iż nie jest i w ciągu trzech ostatnich lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm/y oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, itp.

.....
data, pieczęć i podpis pracownika