

Program finansowany ze środków PFRON

NR SPRAWY: PCPR.DORS.4820.

Podpis Pracownika:

WNIOSEK „P” - Moduł I, Obszar B, Zadanie 5

wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –
Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego zakupionego
w ramach Programu

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 - należy wypełnić wszystkie pola

Imię i nazwisko:

PESEL (w przypadku braku nr PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość):

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

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

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

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:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01-U - Upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne |
| <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | <input type="checkbox"/> 04-O choroby narządu wzroku |
| <input type="checkbox"/> 05-R choroby narządu ruchu | <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja |
| <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego |
| <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo – płciowego | <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne |
| <input type="checkbox"/> 11-I inne | <input type="checkbox"/> 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):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> szkoła policealna | <input type="checkbox"/> kolegium | <input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia |
| <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia | <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie | <input type="checkbox"/> studia podyplomowe |
| <input type="checkbox"/> studia doktoranckie | <input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach programów UE | |
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy | | |

2 Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 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

3 Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

KOSZTY UTRZYMANIA SPRAWNOŚCI TECHNICZNEJ POSIADANEGO SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO (OBSZAR B) – należy przez to rozumieć koszty związane z utrzymaniem sprawności technicznej sprzętu elektronicznego zakupionego w ramach realizacji programu, w tym koszt zakupu dodatkowych elementów, służących rozbudowie posiadanego sprzętu lub dodatkowego wyposażenia lub oprogramowania (w celu osiągnięcia minimalnych wymogów technicznych lub dokonania koniecznych aktualizacji, niezbędnych do zachowania funkcjonalności sprzętu lub oprogramowania), a także koszt niezbędnych napraw, przeglądów czy konserwacji;

SPRZĘT ELEKTRONICZNY LUB JEGO ELEMENTY LUB OPROGRAMOWANIE (w przypadku Obszaru B Zadanie nr 1 i nr 3) – należy przez to rozumieć komputer (stacjonarny lub mobilny) oraz/lub współpracujące z nim urządzenia i dedykowane oprogramowanie, umożliwiające ograniczanie skutków rodzaju i stopnia niepełnosprawności (z uwzględnieniem definicji urządzeń brajlowskich); głównym kryterium uznania kwalifikowalności danego kosztu są indywidualne i specyficzne dla danego rodzaju dysfunkcji - potrzeby związane z rehabilitacją zawodową i społeczną potencjalnego beneficjenta;

SPRZĘT ELEKTRONICZNY LUB JEGO ELEMENTY LUB OPROGRAMOWANIE (w przypadku Obszaru B Zadanie nr 4) – 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;

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup elementów/części zamiennych celem naprawy, jakich:	
Zakup dodatkowych elementów celem modernizacji sprzętów/urządzeń, jakich:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	

Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
RAZEM	

4 Wnioskowana kwota dofinansowania:

Koszty utrzymania sprawności technicznej sprzętu elektronicznego:	Orientacyjny koszt zakupu/ cena brutto (w zł)	Wkład własny – 10%	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem (z pkt 3)			

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:

Czy Podopieczny uzyskał wcześniej pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego i/lub oprogramowania w ramach programu: NIE TAK

Informacje dodatkowe:

NIE TAK okres gwarancyjny w związku z zakupem upłynął roku

Posiadany sprzęt był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła:

NIE TAK, w roku: r.

Podopieczny posiada następujący sprzęt elektroniczny i oprogramowanie:

.....

Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym sprzętem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

POJĘCIA:

DYSFUNKCJA NARZĄDU WZROKU (W PRZYPADKU OBSZARU B ZADANIE NR 1) – należy przez to rozumieć dysfunkcję wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, a także w przypadku:

- a) gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, ale wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni,
 - b) osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia – gdy wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,
- przy czym osoby niepełnosprawne posiadające dysfunkcje narządu wzroku wymienione w lit. a i lit. b, są traktowane jak osoby niewidome;

DYSFUNKCJA OBU KOŃCZYN GÓRNYCH (W PRZYPADKU OBSZARU B ZADANIE 1) – należy przez to rozumieć stan potwierdzony zaświadczeniem lekarskim: wrodzony brak lub amputację obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia, a także dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe);

DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU (W PRZYPADKU OBSZARU B ZADANIE 4) – 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

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
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 zarządzeniem tych firm poprzez np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, itp.

.....
data, pieczęć i podpis pracownika