



**IV. Dotychczas ogólna wartość poniesionych nakładów przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:**

.....  
.....

**V. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania, koszt pokrycia realizacji zadania (np. deklarowany przez sponsora):**

Cyframi .....

Słownie: .....

**VI. Informacja o wcześniejszym korzystaniu ze środków PFRON w okresie 3 lat przed złożeniu wniosku:**

| Lp. | Cel dofinansowania | Kwota dofinansowania | Data i nr umowy | Rozliczono TAK/NIE* |
|-----|--------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| 1.  |                    |                      |                 |                     |
| 2.  |                    |                      |                 |                     |
| 3.  |                    |                      |                 |                     |
| 4.  |                    |                      |                 |                     |

\* - wpisać właściwe

**VII. Informacje dotyczące przedmiotu wniosku:**

| Lp.   | Nazwa urządzenia lub rodzaj usługi | Ilość sztuk | Orientacyjna cena |
|---|------------------------------------|-------------|-------------------|
| 1.  |                                    |             |                   |
| 2.  |                                    |             |                   |
| 3.  |                                    |             |                   |
| 4.  |                                    |             |                   |
| <b>Łączny przewidziany koszt zakupu urządzeń:</b> |                                    |             |                   |

**Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON \_\_\_\_\_ zł.**

(słownie: \_\_\_\_\_ zł.)

(wysokość dofinansowania kosztu likwidacji barier technicznych wynosi do 80%, likwidacji barier w komunikowaniu się do 95% kosztu realizacji zadania, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia)

### VIII. Miejsce realizacji zadania (instalacji urządzenia/ wykonania usługi):

Adres .....

Termin rozpoczęcia zadania .....

przewidywany czas realizacji zadania .....

### IX. Cel dofinansowania (uzasadnienie wniosku):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### X. OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód<sup>1</sup>**, w rozumieniu przepisów oświadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób<sup>2</sup> we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: \_\_\_\_\_ zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym **wynosi** \_\_\_\_\_ .

2. Oświadczam, iż w **ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku** o dofinansowanie likwidacji barier technicznych/w komunikowaniu się **nie uzyskałem/am (uzyskałem/am) dofinansowania na ten cel** ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. Oświadczam, że **powyższe dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych lub zatajenia prawdy.** Pouczony o odpowiedzialności karnej na podstawie *art. 233 § 1 Kodeksu Karnego* za zeznawanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.
4. Oświadczam, że nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz
5. **Oświadczam, że w ciągu trzech ostatnich lat nie była(e)m stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.**
6. **Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych** przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej w systemach informatycznych, skorowidzach, teczkach osobowych, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych danych osobowych moich i mojej rodziny.  
Potwierdzam uzyskanie informacji:
  - 1) **Administratorem** Pana/Pani danych osobowych **jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej**, z siedzibą w Limanowej przy ul. Józefa Marka 9, adres e – mail: [pepr@powiat.limanowski.pl](mailto:pepr@powiat.limanowski.pl); numer telefonu: 18 3375826.
  - 2) W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej został powołany **inspektor ochrony danych**, z którym można się skontaktować: [mstachowicz25@gmail.com](mailto:mstachowicz25@gmail.com)
  - 3) **Ma Pani/Pan prawo** dostępu do swoich danych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, prawo ograniczenia przetwarzania i prawo przenoszenia danych. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeżeli Pana/Pani dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.

<sup>1</sup> Średni miesięczny dochód tzn. dochód w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**

<sup>2</sup> Średni dochód miesięczny razem podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

- 4) Dane będą przetwarzane w celu przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zgodnie z ustawą o Rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- 5) Podstawą prawną przetwarzania Pana/Pani danych jest art. 6 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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) w zw. z przepisami w/w ustawy.
- 6) Pana/Pani dane nie będą udostępniane odbiorcom innym niż upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
- 7) Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane zgodnie z ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz instrukcją kancelaryjną obowiązującą w PCPR (5 lat; a w przypadku Programu Aktywny Samorząd – 25 lat).
- 8) **Podanie danych jest dobrowolne**, jednakże ich niepodanie uniemożliwi Administratorowi wykonywanie jakichkolwiek działań w odniesieniu do Pana/Pani osoby.

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni tut. Centrum.**

**Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w informuje, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek pozostawiony będzie bez rozpatrzenia.

*§ 1. Kto w celu uzyskania kredytu, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego przedkłada fałszywe lub stwierdzające nieprawdę dokumenty albo nierzetelne oświadczenia dotyczące okoliczności mających istotne znaczenie dla uzyskania takiego kredytu, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji, lub zamówienia publicznego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 5.*

*§ 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciężeniu na nim obowiązku nie powiadamia właściwego organu lub instytucji o powstaniu okoliczności mogących mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczenie wysokości udzielonego kredytu, gwarancji kredytowej, dotacji subwencji lub zamówienia publicznego.*

*§ 3. Nie podlega karze, kto przed wszczęciem postępowania karnego dobrowolnie zapobiegł wykorzystaniu kredytu, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego, uzyskanych w sposób określony w § 1 lub 2 (Ustawa z dnia 12.10.1994r o ochronie obrotu gospodarczego i zmianie niektórych przepisów prawa karnego Dz. U. nr 126 poz. 615).*

*Art. 233. § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. (Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 396 ze zm.)*

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis wnioskodawcy /opiekuna prawnego/  
pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego

**Wymagane załączniki do wniosku:**

1. Kserokopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego ZUS, KIZ albo KRUS wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.(oryginał do wglądu).
2. Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności - w przypadku dzieci do lat 16 (oryginał do wglądu).
3. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – (oryginał do wglądu) w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa.
4. Zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim (jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu) wraz ze wskazaniem na rodzaj wnioskowanego sprzętu.
5. Oferty cenowe (co najmniej dwóch sprzedawców) wnioskowanego sprzętu lub urządzenia (dopuszcza się ofertę internetową).

Pieczczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

### Rodzaj schorzenia\*:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> narząd wzroku | <input type="checkbox"/> układ krążenia  |
| <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> narząd słuchu | <input type="checkbox"/> układ oddechowy |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> układ ruchu   | <input type="checkbox"/> inne .....      |

Opis schorzeń .....

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

Określenie rodzaju sprzętu:

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

Powyższy sprzęt jest:

niezbędny      wskazany      zbędny

w celu likwidacji barier technicznych/ w komunikowaniu się

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

\*- właściwe zaznaczyć