

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

Cyframi.....

Słownie:.....

V. Informacja o wcześniejszym korzystaniu ze środków PFRON (w okresie 3 lat przed złożeniem wniosku):

Lp.	Cel dofinansowania	Kwota dofinansowania	Data i nr umowy	Rozliczono TAK/NIE*

* - wpisać właściwe

VI. Informacje dotyczące przedmiotu wniosku (wykaz planowanych przedsięwzięć, inwestycji/zakup materiałów mających na celu likwidację barier):

Lp.	Wykaz prac i materiałów	Ilość/metraż	Orientacyjna cena
1.	Budowa pochylni wraz z dojściem do konstrukcji, zapewniająca samodzielny dojazd wózkiem inwalidzkim lub za pomocą balkoników do pomieszczeń budynków		
2.	Wymiana i montaż drzwi wejściowych o szerokości w świetle minimum 90 cm		
3.	Wymiana i montaż drzwi wewnętrznych o szerokości w świetle minimum 90 cm		
4.	Wymiana okien na drzwi balkonowe		
Łączny przewidziany koszt			

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON.....zł

(słownie zł)

/wysokość dofinansowania kosztu likwidacji barier wynosi do 95% kosztu realizacji zadania, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia z uwzględnieniem limitów określonych w Procedurze/.

VII. Miejsce realizacji zadania (miejsce zamieszkania osoby niepełnosprawnej; należy opisać dokładny stan budynku, w którym planowane jest zadanie):

Adres

Stan budynku:

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

Termin rozpoczęcia zadania

przewidywany czas realizacji zadania

VIII. Cel dofinansowania (uzasadnienie, że wykonanie prac umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem):

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

IX. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód¹**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób² we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł:

_____ zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym **wynosi** _____.

2. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem

¹ 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.**

² Średni dochód miesięczny razem podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

3. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.
4. **Przyjmuję również do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem. Nie gwarantuje też, że kwota przyznanego dofinansowania będzie równa oczekiwanej przez Wnioskodawcę.**
5. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni PCPR w Limanowej.

X. Klauzula informacyjna:

W związku z przetwarzaniem przez Nas Pani/Pana danych osobowych prosimy o zapoznanie się z poniższymi szczegółami dotyczącymi przetwarzania.

1. Kto jest Administratorem Pani/Pana danych osobowych?

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej, z siedzibą w Limanowej przy ul. Józefa Marka 9, adres e – mail: pcpr@powiat.limanowski.pl; numer telefonu: 18 3375826.

2. Kto jest Inspektorem Ochrony Danych?

W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej został powołany inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować: mstachowicz25@gmail.com

3. W jakim celu będziemy przetwarzali Pani/Pana dane osobowe?

Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu:

- wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (art. 6 ust. 1. lit. c RODO).

4. Jaka jest podstawa prawna przetwarzania?

Podstawą prawną przetwarzania będzie obowiązek nałożony:

- ustawą o pomocy społecznej,
- ustawą o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
- ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie,
- ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach,
- instrukcją kancelaryjną obowiązującą w PCPR.

5. Do jakich odbiorców mogą zostać przekazane dane osobowe?

Z poszanowaniem poufności charakteru Pani/Pana danych, w tym stosując mechanizmy minimalizujące liczbę przekazywanych danych oraz ograniczające możliwość przekazywania danych o charakterze wrażliwym Pani/Pana dane mogą być przekazywane:

- innym podmiotom upoważnionym do odbioru danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa,
- innym podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. Podmioty przetwarzające).

6. Jakie są Pani/Pana prawa związane z przetwarzaniem danych?

Ma Pani/Pan prawo:

- dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych – w takim zakresie, w jakim te dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzasadnionych interesów administratora,
- sprostowania przetwarzanych danych osobowych, w takim zakresie, w jakim wskazane dane są niezgodne ze stanem faktycznym,
- przenoszenia danych, tj. przenoszenia do otrzymania od Administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, jakim jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Aby skorzystać z wyżej wymienionych praw, osoba, której dane dotyczą, powinna skontaktować się, wykorzystując podane dane kontaktowe, z administratorem i poinformować go, z którego prawa i w jakim zakresie chce skorzystać.

7. Przez jaki okres będą przechowywane Pani/Pana dane osobowe?

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz instrukcją kancelaryjną obowiązującą w PCPR.

8. Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie uniemożliwi Administratorowi wykonywanie jakichkolwiek działań w odniesieniu do Pana/Pani osoby.

.....

(data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. kserokopię ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego ZUS, KIZ albo KRUS wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.;
2. zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim (ważne 3 miesiące od daty wystawienia);
3. udokumentowana informacja potwierdzająca, że wnioskodawca jest właścicielem nieruchomości lub użytkownikiem wieczystym nieruchomości albo posiada zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkuje,
4. wycenę materiałów i robocizny.

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub
gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

PESEL

Adres

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 |

Zdolność do poruszania się *:

- poruszanie się samodzielne lub przy pomocy innych osób
- poruszanie za pomocą wózka inwalidzkiego
- poruszanie za pomocą balkonika

Opis schorzeń:

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

Określenie rodzaju prac związanych z likwidacją barier architektonicznych:

- budowa pochylni wraz z dojściem do konstrukcji, zapewniająca samodzielny dojazd wózkiem inwalidzkim lub za pomocą balkoników do pomieszczeń budynków
- wymiana i montaż drzwi wejściowych o szerokości w świetle minimum 90 cm
- wymiana i montaż drzwi wewnętrznych o szerokości w świetle minimum 90 cm
- wymiana okien na drzwi balkonowe

Powyższe prace są:

niezbędne wskazane zbędne

w celu likwidacji barier architektonicznych.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

*- właściwie zaznaczyć

