



**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):**

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

\* - wpisać właściwe

**VI. Informacje dotyczące przedmiotu wniosku:**

Przedmiot wniosku:

Lp.	Nazwa urządzenia lub rodzaj usługi	Ilość sztuk	Orientacyjna cena
Łączny przewidziany koszt zakupu urządzeń:			

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 (instalacji urządzenia/ wykonania usługi):

Adres .....

Termin rozpoczęcia zadania .....

przewidywany czas realizacji zadania .....

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

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

## IX. Oświadczenia

1. Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód<sup>1</sup>**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach 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, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej 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.

---

<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.

## 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](mailto:pcpr@powiat.limanowski.pl); numer telefonu: 18 3375826.

### 2. Kto jest Inspektorem Ochrony Danych?

3. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej został powołany inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować: [mstachowicz25@gmail.com](mailto:mstachowicz25@gmail.com). **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. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego ZUS, KIZ albo KRUS wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.
2. Kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności - w przypadku dzieci do lat 16.
3. Zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim (ważne 3 miesiące od daty wystawienia).
4. Oferty cenowe (co najmniej dwóch sprzedawców) wnioskowanego sprzętu lub urządzenia (dopuszcza się oferty internetowy).
5. W przypadku wnioskowania o zakup komputera/laptopa/tabletu wraz ze specjalistycznym oprogramowaniem dla dziecka konieczne jest dołączenie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.
6. W przypadku wnioskowania o zakup szkielek do okularów konieczne jest dostarczenie zaświadczenia lekarskiego wystawionego przez lekarza specjalistę lub zlecenia na zakup szkielek.

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<br>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