



Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
we Wrocławiu  
ul. Ogniowa 8/10  
87-800 Wrocławek

Nr sprawy: MOPR.WS.ON.5011.3.2. .... .202....

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

##### ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

Taki sam jak adres zamieszkania

Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy

<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<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 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba głucha</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema</li> </ul> <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba niewidoma</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma</li> </ul> <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</li> <li><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych</li> </ul> <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
<b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przedmiot wniosku dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania</b> (100% kwoty z oferty cenowej)	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</b> Do 95% kwoty z oferty cenowej	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	
<b>Cel dofinansowania i uzasadnienie:</b>	
<b>Miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:</b>	

Zostałem/am poinformowany/a, że **zakupu wnioskowanego przedmiotu mogę dokonać dopiero po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku i podpisaniu umowy** o przyznaniu dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się. Wszelkie koszty poniesione przed zawarciem umowy nie podlegają dofinansowaniu.

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Doręczyciel MOPR

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE SYTUACJA RODZINNA I DOCHODOWA

Osoba niepełnosprawna prowadzi gospodarstwo domowe:

- indywidualne
- wspólne

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

w tym liczba osób niepełnosprawnych: .....

L.p.	Członkowie rodziny (definicja rodziny zgodnie z pouczeniem)	Źródło dochodu np.: renta, emerytura, wynagrodzenie za pracę	Przeciętny miesięczny dochód netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek: *
1	osoba niepełnosprawna (imię i nazwisko) .....		
<b>Pozostali członkowie rodziny:</b> poniżej należy wymienić <u>tylko stopień pokrewieństwa</u> z osobą niepełnosprawną, bez wpisywania imienia i nazwiska		<b>X</b>	
2			
3			
4			
5			
<b>RAZEM</b>			

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, **wynosi** .....

(kwota z pozycji RAZEM podzielona przez ilość członków rodziny)

\* wniosek składany w **styczniu, lutym lub marcu (I kwartał roku)** – należy wpisać zsumowane dochody z października, listopada i grudnia (roku poprzedzającego) podzielone przez 3;  
wniosek składany w **kwietniu, maju lub czerwcu (II kwartał roku)** – należy wpisać zsumowane dochody ze stycznia, lutego i marca podzielone przez 3;  
wniosek składany w **lipcu, sierpniu lub wrześniu (III kwartał roku)** – należy wpisać zsumowane dochody z kwietnia, maja i czerwca podzielone przez 3;  
wniosek składany w **październiku, listopadzie lub grudniu (IV kwartał roku)** – należy wpisać zsumowane dochody z lipca, sierpnia i września podzielone przez 3.

### Do dochodu nie wlicza się:

zasiłku rodzinnego, świadczenia wychowawczego, zasiłku i dodatku pielęgnacyjnego, jednorazowego pieniężnego świadczenia socjalnego, zasiłków z pomocy społecznej, rodzinnego kapitału opiekuńczego, świadczenia wspierającego.

## **POUCZENIE**

Zgodnie z art. 3 pkt 16 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych **rodzina oznacza to** odpowiednio następujących członków rodziny: małżonków, rodziców dzieci, opiekuna faktycznego dziecka oraz pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25. roku życia, a także dziecko, które ukończyło 25. rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów; do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, a także pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.

## **KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON**

**Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów.**

**Nie należy wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz turnusy rehabilitacyjne.**

**Ze środków finansowych PFRON:**

- nie korzystałem
- korzystałem

## **CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON**

<b>Cel dofinansowania</b>	<b>Nr umowy</b>	<b>Data zawarcia umowy</b>	<b>Kwota dofinansowania</b>	<b>Stan rozliczenia</b>

## **SYTUACJA ZAWODOWA**

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dzieci i młodzież do lat 18
- Inne / jakie? .....

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem,
- znana jest mi treść Zarządzenia Dyrektora MOPR w sprawie przyjęcia zasad dofinansowania ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych obowiązującego na dzień składania wniosku,
- zapoznałem/am się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych, których Administratorem jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku,
- na dzień składania wniosku osoba, której dotyczy wniosek\*

nie ubiegała się i nie będzie ubiegać się       ubiegała się, będzie ubiegać się

o przyznanie dodatkowych środków na pokrycie kosztów zakupu wnioskowanego sprzętu z innych źródeł tj. środków pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego, funduszy strukturalnych lub fundacji  
(podać jakich .....)

- na dzień składania wniosku osoba, której dotyczy wniosek \*  
 nie posiada       posiada  
wymagalnych zobowiązań wobec PFRON,
- w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku osoba, której dotyczy wniosek \*  
 nie była       była  
stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązaną z przyczyn leżących po jej stronie,
- w ciągu trzech lat poprzedzających rok bieżący, osoba której dotyczy wniosek \*  
 nie uzyskała       uzyskała  
dofinansowanie ze środków Funduszu na ten sam cel, o który wnioskuje.

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w terminie 14 dni od ich nastąpienia.**

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

\* odpowiednie zaznaczyć znakiem X

## INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Realizując wymogi Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119.1) w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanego dalej Rozporządzeniem, informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

### Informacje ogólne



- Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa. Niepodanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami spowoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania. Jeżeli przesłanką przetwarzania danych będzie umowa, podanie danych osobowych jest niezbędne do jej zawarcia. Niepodanie danych spowoduje, że umowa nie będzie mogła być zawarta.
- Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane, tj. dane osobowe konkretnej osoby nie będą analizowane w taki sposób, aby stworzyć dokładny opis jej preferencji i cech. (art. 22 RODO).

### Administrator danych



- Administratorem Pani/Pana danych osobowych (dalej Administrator) jest **Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku z siedzibą we Włocławku przy ul. Ogniowej 8/10, Tel. 54 423-23-00, adres e-mail: [sekretariat@mopr.wloclawek.pl](mailto:sekretariat@mopr.wloclawek.pl)**, w imieniu którego działa Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku.

### Inspektor Ochrony Danych Osobowych

- Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IOD), z którym można się skontaktować pod adresem Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku, ul. Ogniowa 8/10, 87-800 Włocławek, mailowo: [iod@mopr.wloclawek.pl](mailto:iod@mopr.wloclawek.pl) Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

### Przetwarzanie i przekazywanie danych



- Państwa dane osobowe są przetwarzane, w zależności od sprawy:
  - na podstawie obowiązujących przepisów prawa,
  - w związku z wykonaniem umowy, której jesteście Państwo stroną,
  - w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w związku ze sprawowaniem władzy publicznej,
  - na podstawie wyrażonej przez Państwa zgody.
- Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa np. Sąd, Policja, Prokuratura, inne jednostki administracji publicznej i samorządowej, ZUS, US.
- Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG): Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych poza Europejski Obszar Gospodarczy.

### Okres przechowywania i przetwarzania danych



- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie zgodnym z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. W przypadku, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody – do czasu cofnięcia zgody lub upływu czasu, gdy dane były niezbędne do realizacji celu, w jakim były przetwarzane.

### Prawa osoby, której dane są przetwarzane



- Posiada Pani/Pan prawo do:
  - dostępu do swoich danych na zasadzie (art. 15 RODO)
  - sprostowania swoich danych osobowych, (art. 16 RODO),
- Z powyższych praw można skorzystać poprzez kontakt pisemny, za pomocą poczty tradycyjnej na adres Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku, ul. Ogniowa 8/10, 87-800 Włocławek.
- Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli Pani/Pana zdaniem przetwarzanie narusza przepisy RODO.

**UWAGA!**

Wypełnia pracownik MOPR

**WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW I DOKUMENTÓW  
DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON  
LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ W ZWIĄZKU  
Z INDYWIDUALNYMI POTRZEBAMI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Lp.	Nazwa dokumentu	Dostarczo w dniu złożenia wniosku	Termin dostarczenia
	<b><u>Obowiązkowo:</u></b>		
1	Załącznik – Zaświadczenie lekarskie (druk zaświadczenia zgodny z obowiązującym wzorem)		
2	Kopia orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu)		
3	Oferta cenowa np. faktura proforma na wnioskowany sprzęt / przedmiot		
	<b><u>Jeżeli dotyczy:</u></b>		
4	Kopia pełnomocnictwa potwierdzonego notarialnie lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu)		
5	Kopia orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego / uczestniczenia w terapii logopedycznej (oryginał do wglądu) - dotyczy dzieci,		
6	Kopia opinii/oceny logopedy i/lub psychologa (oryginał do wglądu) - dotyczy dzieci,		
7	Upoważnienie (druk upoważnienia zgodny z obowiązującym wzorem)		

Uwagi: .....

.....

.....

Data przyjęcia wniosku: .....



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

.....  
Pieczęć i podpis pracownika