Data wpływu:
Nr sprawy: …../2026

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

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
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ w własnym imieniu ☐ jako rodzic ☐ jako opiekun prawny ☐ jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie ☐ na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie ☐ do rozliczenia dofinansowania ☐ do zawarcia umowy ☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku ☐ do złożenia wniosku ☐ inne

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	

Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta
Dowód osobisty(o ile dotyczy) seria i numer	
Dowód osobisty wydany przez:	
Dowód osobisty – data wydania:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	

Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

☐ nie dotyczy

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Nazwa pola	**Wartość**
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki ☐ nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia: ……..
Numer orzeczenia:	ON……..
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 06-E – epilepsja ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego ☐ 10-N – choroby neurologiczne ☐ 11-I – inne ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

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:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

SYTUACJA MIESZKANIOWA

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

☐ indywidualne ☐ wspólne

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

L.p	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku:

☐ nie korzystałem

☐ korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne (kwota)	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania i uzasadnienie:	…… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Nazwa pola	Wartość
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	…… …… …… …… …… …… …… ……
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia (należy podać datę):	
Przewidywany czas realizacji (należy podać przybliżony czas realizacji np.1 m-c)	

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

……
……

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

☐ w kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

☐ na konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – Dane dodatkowe

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 - ŚREDNI DOCHÓD

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

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

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. 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 informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Klauzula informacyjna RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora
Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora
Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych
Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania
Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania
RODO - rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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, zwane dalej „RODO”.
Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych Przysługuje Państwu prawo:

na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,

na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,

na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,

na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,

na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,

art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*
	…… 2026 r.	

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1.	Kopia aktualnego orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art.1, art.5 pkt 1a, lub art.62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2021 r. poz.573 z późn.zm), a w przypadku osoby, o której mowa w art.62 ust.3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed dniem 1 stycznia 1998 r. **(oryginał do wglądu).**
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie (ważne 3 miesiące od dnia wystawienia) zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności oraz wynikających z niej problemów w komunikowaniu się **(załącznik nr 1).**
3.	Klauzula informacyjna/Oświadczenie Wnioskodawcy **(załącznik nr 2)**
4.	Pełnomocnictwo do reprezentowania wnioskodawcy w sprawach dotyczących barier **(załącznik nr 3).**
5.	W przypadku dzieci i młodzieży uczącej się do 24 roku życia - zaświadczenie o kontynuowaniu nauki.
6.	Faktura proforma/oferta handlowa na sprzęt, urządzenie mające na celu likwidacje barier w komunikowaniu się zawierająca cenę i opis techniczny).
7.	Dokument potwierdzający pełnienie funkcji przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej (kopia postanowienia sądu, pełnomocnictwa notarialnego – o ile dotyczy. W przypadku składania wniosku w imieniu małoletniego dziecka, należy przedłożyć kopię aktu urodzenia.

Część C – WERYFIKACJA WNIOSKU I DECYZJA PCPR

I. WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU:

☐ pozytywna

☐ negatywna

☐ wniosek wymaga uzupełniania/usunięcia uchybień

(wymienić): ……..

……
podpis pracownika

II. WERYFIKACJA MERYTORYCZNE WNIOSKU:

☐ pozytywna

☐ negatywna

……
podpis pracownika

III. DECYZJA Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie:

☐ pozytywna

Kwota dofinansowania ze środków PFRON: …….. zł

(słownie: ……. zł)

☐ negatywna

Uzasadnienie: ……

……