

III Rodzaj niepełnosprawności*

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. zaburzenia psychiczne	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

IV Sytuacja zawodowa*

1. zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3. bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy	
4. rencista, emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	
6. inne.....	

V Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Pokrewieństwo	Niepełnosprawność	
	stopień	rodzaj
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

VI Korzystanie ze środków finansowych PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków finansowych PFRON*			
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
Cel lub nazwa zadania	Numer i data zawarcia umowy	Kwota rozliczona	Stan rozliczenia

* wstawić X we właściwej rubryce

i przenoszenia danych, jak również do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

4. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkuje brakiem możliwości realizacji zadań placówki i możliwości podjęcia czynności w celu rozpatrzenia sprawy.

5. Odbiorcami danych osobowych będą osoby upoważnione przez ADO do przetwarzania danych osobowych, i o ile zajdzie uzasadniona konieczność - podmioty przetwarzające dane osobowe w imieniu ADO na podstawie zawartej umowy, w szczególności będą to podmioty informatyczne, kadrowe, księgowo oraz uprawnione instytucje pomocy społecznej.
6. ADO nie zamierza przekazywać danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Dane osobowe będą przetwarzane do czasu zakończenia sprawy oraz przez czas niezbędny do dochodzenia roszczeń oraz wynikający z przepisów prawa powszechnego i przepisów wewnątrzzakładowych.
8. Informujemy, że przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1).

Przyjmuję powyższe do wiadomości i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych:

.....
Data
.....
Czytelny podpis wnioskodawcy
przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

.....syn / córka.....
imię i nazwisko
imię ojca
seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....
nr PESEL.....
miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
nr kodu-..... poczta..... gmina.....
powiat.....nr telefonu.....
ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*.....
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.....sygn. akt* / na mocy
pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza.....z dn.....
repet. nr.....)
*właściwe zaznaczyć

Załączniki do wniosku

Nazwa załącznika
kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu);
kopia orzeczenia osób niepełnosprawnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (oryginał do wglądu);
aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza specjalisty wystawione czytelnie i w języku polskim, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności – na ustalonym druku (ważne 2 m-c od daty wystawienia);
wypełniony druk oświadczenia;
wypełniony druk oświadczenia o stałym miejscu zamieszkania
zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy;
w przypadku, gdy Wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio uwierzytelnione pełnomocnictwo lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (do wnioski należy dołączyć kserokopię – oryginał do wglądu);

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany/a

.....
zam.....
legitymujący się dowodem osobistym seria.....numer.....
wydanym w dniu.....przez.....
uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art.233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.
Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, co
następuje:

- 1.Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł.....
Słownie:.....
- 2.Sprzęt, o który ubiegam się będzie stale użytkowany dla moich potrzeb, jako osoby niepełnosprawnej pod wyżej wymienionym adresem.
- 3.Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej.
- 4.Nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- 5.W ciągu 3 lat przed złożeniem tego wniosku nie uzyskałem/am dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier, o których mowa w niniejszym wniosku.
- 6.Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR Lubartów dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji mojego wniosku.
- 7.O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.
- 8.Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
Miejscowość

.....
data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy
przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika

Oświadczenie o stałym miejscu zamieszkania

Ja, niżej podpisana(y):.....

imię i nazwisko

legitymujący się dowodem osobistym seria.....nr.....

wydany w dniu.....przez.....

oświadczam że mieszkam pod adresem:

miejsowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

nr kodu.....-.....poczta.....gmina.....

powiat.....

Zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

Oświadczam, że

uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego – „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis wnioskodawcy
przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika

*Miejsce zamieszkania-należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu Cywilnego (art.25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

Proszę wypełnić w języku polskim
Zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności
Dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie

Imię i nazwisko.....
Adres zamieszkania.....
PESEL.....
Rozpoznanie (w języku polskim).....
.....
.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu.....

Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności, choroby współistniejące, rokowania

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

Sprawność kończyn górnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

kończyn dolnych:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

Trudności w poruszaniu się:

- porusza się samodzielnie
- wyłącznie z pomocą/osoba niewidoma
- z częściową pomocą/osoba niedowidząca
- na wózku inwalidzkim
- na wózku inwalidzkim w okresach zaostrzenia dolegliwości osoba leżąca

Zdolność zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych

wymaga całkowitej obsługi i pielęgnacji opiekuna
z pomocą opiekuna
samodzielnie

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze

.....
.....

Osoba wymaga likwidacji barier technicznych*

- NIE**
- TAK**

Uzasadnienie:

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

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

*Bariery techniczne są to bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne. Likwidacja tej bariery powinna spowodować sprawniejsze działanie tej osoby w społeczeństwie i umożliwić jej funkcjonowanie w życiu codziennym