

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## WNIOSEK

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

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

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

##### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	

<b>Adres e-mail:</b>	
----------------------	--

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
<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 I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

<p><b>Rodzaj niepełnosprawności:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe</li> <li><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne</li> <li><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głucha</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema</li> <li><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku</li> <li><input type="checkbox"/> osoba niewidoma</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma</li> <li><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu</li> <li><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</li> <li><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych</li> <li><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja</li> <li><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia</li> <li><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego</li> <li><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego</li> <li><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne</li> <li><input type="checkbox"/> 11-I – inne</li> <li><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe</li> </ul>
<p><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></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> tak</li> <li><input type="checkbox"/> nie</li> </ul>
<p><b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 2 przyczyny</li> <li><input type="checkbox"/> 3 przyczyny</li> </ul>

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

- indywidualne    wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:.....**

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

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:**

- nie korzystałem
- korzystałem

## CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwanego Funduszem  tak  nie

Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy  tak  nie

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
Słownie:	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 95% kosztów całego przedsięwzięcia):</b>	
Słownie:	

<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Inne źródła finansowania:</b>	
<b>Uzasadnienie wniosku:</b>	

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

<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b>	

<b>Miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji:</b>	

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

- W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
<b>Budynek:</b>	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
<b>Ilość pięter:</b>	<input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> piętrowy, <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?):
<b>Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:</b>	
<b>Liczba pokoi:</b>	<input type="checkbox"/> kuchnia, <input type="checkbox"/> łazienka, <input type="checkbox"/> wc

<b>Łazienka jest wyposażona w:</b>	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> brodzik, <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową, <input type="checkbox"/> umywalkę
<b>W mieszkaniu jest:</b>	<input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej, <input type="checkbox"/> ciepłej, <input type="checkbox"/> kanalizacja, <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie, <input type="checkbox"/> prąd, <input type="checkbox"/> gaz
<b>Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:</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?

### OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.
2. Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował/a środkami finansowymi na opłacenie wymaganego udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.
3. Przyjmuję 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.
4. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach podane zostały zgodnie z prawdą.
5. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku podania zawartych we wniosku nieprawdziwych informacji, umowa na podstawie której przyznano środki finansowe Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zostanie rozwiązana, a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPRiOZ środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.
6. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności, co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, PCPRiOZ wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.



7. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.

8. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:

- a) dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku były, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby,
- b) dofinansowanie nie przysługuje, jeżeli Wnioskodawca ma zaległości wobec Funduszu,
- c) dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie,
- d) zakup materiałów i robocizny nie może nastąpić wcześniej niż podpisanie umowy,
- e) podstawą dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowi umowa zawarta pomiędzy Powiatem Dzierżoniowskim reprezentowanym przez Dyrektora PCPRiOZ a Wnioskodawcą,
- f) nieusunięcie braków i uchybień we wniosku w wyznaczonym przez PCPR terminie 30 dni skutkować będzie pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia,
- g) wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

**UWAGA:**

Bariery architektoniczne to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.

§ 6 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych stanowi, że: O dofinansowanie ze środków Funduszu na likwidację barier architektonicznych, jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się.

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

Lp.	Plik	Załączono do wniosku	Uzupełniono
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	tak/nie	tak/nie
	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób wspólnie zamieszkujących z Wnioskodawcą – jeśli dotyczy zgoda tych osób na przekazanie orzeczenia.	tak/nie	tak/nie
2.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym lub pełnomocnictwa notarialnego	tak/nie	tak/nie
3.	Oświadczenie o upoważnieniu odbioru dokumentów – załącznik nr 1 do wniosku	tak/nie	tak/nie
4.	Udokumentowane prawo do lokalu lub budynku mieszkalnego (akt własności, akt notarialny, akt użytkowania wieczystego, zaświadczenie o prawie do lokalu, umowa najmu, inne) – do wglądu	tak/nie	tak/nie
5.	Zgoda właściciela lokalu/budynku mieszkalnego na wykonanie wnioskowanego zakresu prac – jeśli dotyczy	tak/nie	tak/nie
6.	Dokument potwierdzający posiadanie innych źródeł finansowania – jeśli dotyczy	tak/nie	tak/nie

Wniosek, Rehabilitacja społeczna – Likwidacja barier architektonicznych

7.	Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty zawierające opis przyczyny niepełnosprawności i uzasadnienie, że osoba ma trudności w poruszaniu się – załącznik nr 2 do wniosku	tak/nie	tak/nie
8.	Oświadczenie Wnioskodawcy o miejscu zamieszkania w lokalu/budynku mieszkalnym, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych – załącznik nr 3 do wniosku	tak/nie	tak/nie
9.	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych – załącznik nr 4 do wniosku	tak/nie	tak/nie

**Wniosek kompletny:**

tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

**Adnotacje urzędowe:** .....

.....

.....

.....

Dzierżoniów, dnia

.....  
*/podpis pracownika weryfikującego wniosek/*

### OŚWIADCZENIE

W nawiązaniu do wniosku dotyczącego dofinansowania likwidacji barier architektonicznych upoważniam:

.....  
(imię i nazwisko osoby upoważnianej)

.....  
PESEL osoby upoważnianej

**do złożenia wniosku, doniesienia i odbioru dokumentów, odbioru umowy/aneksu do podpisu w ww. sprawie.**

.....  
/miejsowość, data, czytelny podpis Wnioskodawcy/

.....

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

2. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):

- narządu ruchu w zakresie .....
- dysfunkcji z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- innej dysfunkcji kończyn dolnych
- dysfunkcji kończyn górnych
- jednoczesnej dysfunkcji kończyn dolnych i kończyn górnych
- narządu wzroku
- narządu słuchu
- narządu mowy
- innego schorzenia .....

3. Opis niepełnosprawności, związany z trudnościami w poruszaniu się (proszę zakreślić właściwe pole ):

- osoba leżąca wymagająca opieki innych osób,
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim,
- osoba poruszająca się przy pomocy balkonika, trójnogu, kul, itp.,
- osoba z dysfunkcją kończyn (proszę wskazać, których kończyn dotyczą dysfunkcje oraz scharakteryzować te dysfunkcje).....

.....

osoba zaopatrzona w protezy:

- kończyn górnych,
- kończyn dolnych,

osoba z dysfunkcją narządu wzroku:

- niedowidząca,
- niewidoma,

inne dysfunkcje utrudniające poruszanie się (opisać jakie):.....

.....

.....

4. Uwagi dodatkowe:.....

.....

.....

.....  
miejsce i data

.....  
pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

.....  
.....  
Imię i Nazwisko, adres zamieszkania

**ZGODA NA PRZEKAZANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą**

Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)

udzielam zgody Administratorowi Danych, na załączenie mojego orzeczenia o niepełnosprawności do wniosku o **dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej składanego przez wnioskodawcę/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika.**

Mam świadomość, że załączone orzeczenie zawiera dane osobowe, w tym dane szczególnej kategorii, dlatego też wymagana jest moja zgoda na ich przekazanie. Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem/am/ się z klauzulą informacyjną.

.....  
data i podpis

## OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA

Ja niżej podpisany(a)

.....  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

Pouczona(y) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2<sup>1</sup> ustawy z dnia 06 czerwca 1997 roku Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy

oświadczam, że:

1) moim jedynym miejscem zamieszkania jest:

.....  
.....  
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

W miejscu tym przebywam z zamiarem stałego pobytu oraz jest to ośrodek mojego życia codziennego, zgodnie z definicją Kodeksu Cywilnego.

2) wiarygodność powyższego oświadczenia potwierdzam stosownym podpisem.

.....  
Miejscowość

.....  
dnia

.....  
/ miejscowość, data, czytelny podpis Wnioskodawcy/

---

<sup>1</sup>art. 233 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 roku Kodeks Karny § 1 – kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8,

§ 2 – warunkiem odpowiedzialności, jest aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

### KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DLA KLIENTA\*

Imię i nazwisko .....

Adres: .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

- **mojego numeru telefonu**  **tak**  **nie**  
➤ **adresu e-mail**  **tak**  **nie**

dla potrzeb efektywnej i sprawnej realizacji złożonego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych, co będzie wpływać na ułatwienie komunikacji z wnioskodawcą.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

#### Oświadczam, że:

a) zostałam/em poinformowana/y, że udzielona zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych może zostać odwołana w dowolnym momencie za pomocą poczty elektronicznej, za pośrednictwem operatora pocztowego lub osobiście w sekretariacie tutejszego Centrum. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,

b) zostałam/em poinformowana/y, iż Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniów nie może na podstawie niniejszej zgody przetwarzać powyższych danych w sposób naruszający moje dobre imię lub dobra osobiste, a także w zakresie i celu innym niż wskazane powyżej,

c) zostałam/em poinformowana/y, że wyrażenie niniejszej zgody nie zwalnia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie z obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa co do zabezpieczenia przetwarzanych danych oraz ich legalnego przetwarzania.

d) zostałam/em poinformowana/y, że Administratorem moich danych osobowych jest także Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych a **szczegółowe zasady przetwarzania danych osobowych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zamieszczone są pod adresem: <https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/>.**

e) zapoznałam/em się i zaakceptowałam/em Regulamin korzystania z Systemu SOW, w szczególności z Rozdziałem VII – Dane Osobowe. Dokument, o którym mowa dostępny jest pod adresem <https://portal-sow.pfron.org.pl>.

.....  
/miejsowość, data, czytelny podpis Wnioskodawcy/

\* **UWAGA! Wypełnia właściciel nr telefonu i adresu e-mail**