

Data wpływu:
Nr sprawy:

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ we własnym imieniu ☐ jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego ☐ jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego (dotyczy wyłącznie osób częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionych)
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu /Nr lokalu :	
Kod pocztowy i poczta :	
Rodzaj miejscowości:	☐ Miasto ☐ Wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PODOPIECZNEGO / MOCODAWCY (np. dziecka)

☐ Nie dotyczy

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

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu / Nr lokalu :	
Kod pocztowy i poczta :	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ Tak ☐ Nie dotyczy
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
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

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

☐ indywidualnie ☐ wspólnie

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

Oświadczam, że ja bądź moi członkowie rodziny pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym posiadają gospodarstwo rolne **tak / nie o powierzchniha przeliczeniowych i osiągają z tego tytułu miesięczny dochód netto w kwocie.....zł**

Łączny dochód członków wspólnego gospodarstwa domowego (wraz z dochodem z pola)zł

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, wynosił.....zł

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON w ciągu ostatnich 3 lat na podstawie zawartej umowy

Ze środków finansowych PFRON:

☐ Nie korzystałem (łam) ☐ Korzystałem(łam)

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

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?

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80% :	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Miejsce realizacji:	
Cel dofinansowania:	

II. UZASADNIENIE

.....

.....

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

I. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Adres zamieszkania:	
Nazwa banku :	
Nr rachunku bankowego:	

☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

OŚWIADCZENIE

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.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON i nie byłem/łam w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie. Oświadczam, że nie ubiegam się i nie będę ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny za pośrednictwem innego samorządu powiatowego

Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. 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 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1	Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (grupie inwalidzkiej) lub orzeczenia o niepełnosprawności w przypadku dzieci do 16 roku życia .
2	Kserokopia pełnomocnictwa o wyznaczeniu pełnomocnika lub postanowienia sądu o ubezwłasnowolnieniu i wyznaczeniu opiekuna prawnego,
3	Klauzula informacyjna
4	zaświadczenie od lekarza wskazujące potrzebę zakupu wnioskowanego sprzętu i rehabilitacji w warunkach domowych
5	faktura pro-forma lub oferta cenowa na dany sprzęt określająca cenę wnioskowanego sprzętu.

Klauzula informacyjna

Na podstawie art.13 ust.1 i ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016r.(Dz. Urz. UE Nr 119).

informuję, że:

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest :
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przemyślu, Plac Dominikański 3, 37-700 Przemyśl tel. 16 675 00 11, adres mailowy pcpr@powiat.przemysl.pl
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przemyślu jest wyznaczony **inspektor ochrony danych, z którym skontaktować się można :**
adres mailowy : merit.inspektor.rodod@gmail.com, lub tel. 502 575 101
3. Pana/i dane osobowe przetwarzane są w celu:
rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów zgodnie z art. 35a ust. 1 pkt. 7 lit. c ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych
4. Dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane przez okres :
10 pełnych lat kalendarzowych, liczonych od zakończenia sprawy zgodnie z kategorią archiwalną określającą czasookres przechowywania akt sprawy w archiwum zakładowym
6. Posiada Pan/i prawo do:
dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania.
7. Ma Pan/i prawo **wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych Pana/i dotyczących naruszałoby przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.**
8. Podanie danych osobowych jest : nieodzownym wymogiem ustawowym ubiegania się o uzyskanie dofinansowania
9. Konsekwencją niepodania danych będzie: **pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.**

Zapoznałem/łam się z treścią niniejszej klauzuli informacyjnej.

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
czytelny podpis

lub

imię i nazwisko rodzica, opiekuna prawnego, pełnomocnika.....

.....
czytelny podpis

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (wydane na potrzeby PCPR)

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia (posiada dysfunkcje narządu ruchu –określić jakie)

.....
.....

Rodzaj zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego związanego z indywidualnymi potrzebami
wynikającymi z niepełnosprawności:

.....
.....

Uzasadnienie celowości zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na
poprawę sprawności organizmu osoby niepełnosprawnej / przewidywane efekty/ :

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

Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji przy użyciu w/w sprzętu
rehabilitacyjnego oraz czy brak jest przeciwwskazań do jego korzystania w warunkach
domowych (właściwe zaznaczyć) ;

☐

TAK

☐

NIE

.....
data

.....
(pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)*

* zaświadczenie lekarskie powinno być wystawione czytelnie, w języku polskim