

Pieczęć PCPR

data wpływu

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

Część A: DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

I. Dane personalne osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko:	
ulica:	nr domu:
mięscowość:	kod pocztowy:
Powiat:	województwo:
PESEL:	NIP:
nr telefonu:	

Dane przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego (jeżeli dotyczy):

Imię i nazwisko:	
ulica:	nr domu:
mięscowość:	kod pocztowy:
Powiat:	województwo:
PESEL:	NIP:
Seria i numer dowodu osobistego:	
nr telefonu:	

II. Stopień niepełnosprawności /wybrać zgodnie z wydanym orzeczeniem/:

1. Znaczny	
inwalidzi I grupy	
osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji	
osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (z zasiłkiem pielęgnacyjnym)	
2. Umiarkowany	
inwalidzi II grupy	
osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. Lekki	
pozostali inwalidzi III grupy	
osoby częściowo niezdolne do pracy	
osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
4. Dzieci w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności.	

Rodzaj niepełnosprawności- zgodnie z wydanym orzeczeniem:

- 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

III. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach:

*Liczba członków rodziny ^{*1} pozostająca (razem z Wnioskodawcą) we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi*

Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą Tak / Nie.

*Oświadczam, że przeciętny **miesięczny dochód** ^{*2}, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi: zł (słownie):*

***1. Rodzina** - oznacza 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 rodzinie przysługuje świadczenie pielęgnacyjne; do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, a także pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.

***2 Dochód** - oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- a. przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b. deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- c. inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Uwaga: zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy, świadczenie wspierające - nie są wliczane do dochodu.

IV. Korzystanie ze środków finansowych PFRON w ciągu ostatnich trzech lat (dotyczy zadań realizowanych na podstawie zawartej umowy)

a) nie korzystałem	
b) korzystałem	
cel dofinansowania:	
nr umowy i data zawarcia:	
kwota dofinansowania:	
stan rozliczenia:	

V. Sytuacja zawodowa osoby niepełnosprawnej:

- 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: INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU:

I. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:

Nazwa/ rodzaj przedmiotu
.....
.....
Przewidywany koszt (100%- zgodnie z ofertą):
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON (maksymalnie 80%) :
Słownie:
Miejsce realizacji:

Cel dofinansowania:

.....
.....

Uzasadnienie:

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

Część C: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE:**Adres korespondencyjny:**

- Taki sam jak adres zamieszkania
 Inny:

ulica:	nr domu:
mięscowość:	kod pocztowy:
Powiat:	województwo:

Nr rachunku bankowego:

Właściciel konta (imię i nazwisko)	
Numer rachunku bankowego	

Oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłam/em stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie oraz nie miały miejsca inne sytuacje nienależytego wykonywania zobowiązania dofinansowanego ze środków PFRON.

Oświadczam że posiadam środki własne na pokrycie wymaganego udziału w wysokości minimum 20 % całkowitego kosztu zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rykach** reprezentowane przez Dyrektora (adres: ul. Leona Wyczółkowskiego 10a, 08-500 Ryki, tel. 81/8654852, e-mail: pcprzyki@op.pl)
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: inspektor@cibi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. b, c i art. 9 ust 2 lit h RODO) w zw. z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z rozporządzeniami. W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celach kontaktowych.
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 5 lat. Natomiast z przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 6) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
- a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo do usunięcia danych określone w przepisach prawa;
 - e) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - f) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
- 9) Państwa dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia Administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie Administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego. Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, tj. usługodawcom wykonującym usługi serwisu systemów informatycznych, podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT, dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom usług informatycznych w zakresie systemów księgowo-ewidencyjnych, dostawcy usług hostingu poczty mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową, dostawcy usług brakowania bądź archiwizowania dokumentacji i nośników danych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

.....
Podpis wnioskodawcy*/ przedstawiciela ustawowego*/ opiekuna prawnego*/pełnomocnika.

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia i stopniu niepełnosprawności.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i potwierdzające konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.
3. Pełnomocnictwo lub postanowienie sądu (pełnomocnik lub opiekun prawny).
4. Udokumentowana informacja o innych źródłach dofinansowania zadania.
5. Preliminarz.
6. Faktura pro forma lub oferta cenowa wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego .

Upředzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 §1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Adnotacje PCPR:

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

Informacje o przyznaniu dofinansowania:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rykach informuje, że przyznaje / nie przyznaje środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

w kwocie do : słownie :.....

tj. do% planowanych kosztów zakupu

na dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego typu:

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

.....
data

.....
pieczęć i podpis Dyrektora PCPR

Proszę wypełnić w języku polskim
zaświadczenie lekarskie
o rodzaju niepełnosprawności

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....nr. pesel.....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu / układu.....

Sprawność

kończyn górnych:

- pełna tak nie
- częściowo ograniczona tak nie
- całkowicie niesprawne tak nie

kończyn dolnych:

- pełna tak nie
- częściowo ograniczona tak nie
- całkowicie niesprawne tak nie

Osoba porusza się:

- samodzielnie tak nie
- z częściową pomocą tak nie
- wyłącznie z pomocą tak nie
- na wózku inwalidzkim tak nie
- jest osobą leżącą tak nie

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:

1. oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
 2. oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
- wózek inwalidzki - kule łokciowe - inne (jakie).....

Ograniczenia wynikające z niepełnosprawności wymagające prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wskazanego sprzętu:

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

Dokładna nazwa zalecanego sprzętu:

Sprzęt :..... jest niezbędny dla w/w osoby niepełnosprawnej **do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych** w celu osiągnięcia możliwie najwyższego poziomu funkcjonowania jakości życia i integracji społecznej.

Przewidywane efekty rehabilitacji:

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

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

***zaświadczenie ważne 30 dni od daty wystawienia**