

Pieczętka wpływu PCPR

## WNIOSEK

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

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu).

ORZECZENIE: czasowe  do dnia ....., na stałe

#### I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY (osoba niepełnosprawna)

Imię.....Nazwisko.....

Dataurodzenia .....r.

PESEL

Adres zamieszkania: ul. ....nr domu .....m. ....

kod pocztowy.....Miejscowość .....Gmina.....

Powiat.....tel..... e-mail.....

Adres korespondencyjny (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania):

.....

#### II. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/ OPIEKUNA PRAWNEGO /PEŁNOMOCNIKA

(wypełnić, jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej, ubezwłasnowolnionej itp..)

Imię.....Nazwisko..... Dataurodzenia .....r.

PESEL

Adres zamieszkania (wypełnić jeżeli jest inny niż u Wnioskodawcy):

.....

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....syg. akt .....

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia.....Repet. Nr.....

**III. Nazwa banku i numer konta bankowego Wnioskodawcy/przekaz pocztowy (w przypadku osoby małoletniej - opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika)\* właściwe podkreślić**

.....

**IV. Wniosek składam na powyższe zadanie :**

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. po raz pierwszy	
2. po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania	
3. po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie	

**V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

(wstaw X we właściwej rubryce)

	TAKkorzystano			NIE korzystano	Dane zgodne z programem TYLDA(wypełnia pracownik PCPR)
	rok	Nr umowy	kwota		
na likwidację barier architektonicznych					
na likwidację barier technicznych					
na likwidację barier w komunikowaniu					
na uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym					
na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych					
na zakup sprzętu rehabilitacyjnego					
na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika					
z Programu Aktywny Samorząd					
					..... podpis i pieczęć pracownika PCPR

**VI. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i stan rozliczenia**

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. korzystałam/em i rozliczyłam/em się	
2. korzystałam/em i jestem w trakcie rozliczenia	
3. korzystałam/em i nie rozliczyłam/em się	

**VII. Przedmiot dofinansowania (proszę podać nazwę i opis sprzętu rehabilitacyjnego)**

.....

.....

.....

.....

## Uzasadnienie wniosku

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

<b>Miejsce realizacji zadania</b> ( <i>adres zamieszkania</i> )	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania</b>	
<b>Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON</b> ( <i>maksymalnie do 80% kosztów sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia</i> )	

## VIII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Lp.	Nazwisko i imię	wiek	pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód za kwartał (netto)**
				stopień	rodzaj	
1.	..... <i>wnioskodawca</i>		<i>Nie dotyczy</i>			
2.	<b>UWAGA!</b>					
3.	Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać wyłącznie stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i ich dochód miesięczny.					
4.						
5.						
6.						
7.						
<b>RAZEM:</b>						

**\*\*Dochód za kwartał:** Należy podać sumę dochodów osiągniętych za kwartał poprzedzającym miesiąc składania wniosku. Dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych po odliczeniu alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

# OŚWIADCZENIE:

## Oświadczam, że:

- ❖ Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- ❖ **Przeciętny miesięczny dochód (netto) rodziny** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia, **podzielony przez liczbę.....osób we wspólnym gospodarstwie domowym,** wniosku wyniósł..... zł.
- ❖ Posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania.  
**Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że maksymalna wysokość dofinansowania ze środków PFRON wynosi do 80 % kosztów uznanych przez PCPR,**
- ❖ Nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy 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**

.....  
data i czytelny podpis wnioskodawcy /przedstawiciela  
ustawowego/opiekuna prawnego /pełnomocnika  
*\*właściwe podkreślić*

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności, w przypadku orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie wierzolnym – kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego,
- kopia dokumentu potwierdzająca prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. opiekun prawny, pełnomocnik, przedstawiciel ustawowy) – oryginał do wglądu,
- faktura Pro-Forma określająca koszt sprzętu rehabilitacyjnego
- zaświadczenie lekarskie wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w celu zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

### **Oraz do wglądu :**

- oryginały wymaganych dokumentów
- dowód osobisty wnioskodawcy/ opiekuna ustawowego

## **KLAUZULA INFORMACYJNA**

### **dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

W celu realizacji obowiązku wynikającego z art. 13 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 (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

#### **Administrator danych osobowych**

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Legionów 78,05-200 Wołomin zwany dalej Administratorem.

#### **Inspektor Ochrony Danych**

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: sekretariat@pcprwołomin.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora Danych Osobowych.

#### **Cele i podstawa prawna przetwarzania danych**

Przetwarzanie Pana/i danych osobowych odbywa się

- a) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. a tj. udzielonej przez Pana/i zgody na udział w postępowaniu w sprawie ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- b) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj.:
  - Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 lutego 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2020 poz. 426)
  - Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2015 poz. 926)

#### **Odbiorcy danych osobowych**

Pani/a dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) Właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

#### **Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):**

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

#### **Okres przechowywania danych**

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa, lub do czasu odwołania zgody.

#### **Prawa osoby, której dane dotyczą**

Przysługuje Panu/i prawo żądania od Administratora danych osobowych dostępu do swoich danych osobowych, prawo do sprostowania (poprawienia), usunięcia danych jednakże z ograniczeniem tego prawa w myśl art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych (wstrzymania operacji na danych lub nieusuwania danych w zależności od złożonego wniosku), prawo do przenoszenia danych osobowych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego. W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się poprzez kanały komunikacji wskazane w pkt. Administrator danych osobowych

#### **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

### **Zgoda**

W przypadku, gdy wykorzystywane przez nas Państwa dane nie są konieczne do realizacji obowiązku prawnego lub nie stanowi Naszego prawnie uzasadnionego interesu przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, w zakresie w jakim Pana/i dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

### **Czy podanie danych jest obowiązkowe?**

Przetwarzanie pozyskanych od Pana/i danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych uniemożliwi Panu/i dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

### **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**

Pana/i dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

**Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zapoznałem/am się z jej treścią.**

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika)

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY  
RODZINIE W CELU ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO**

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres: nr kodu .....-..... miejscowość .....

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

gmina ..... powiat .....

Nr dowodu tożsamości .....

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*:**

- dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- epilepsja
- schorzenie układu krążenia
- inne (jakie?).....

**Zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny:**

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

**Uzasadnienie konieczności zaopatrzenia w w/w sprzęt rehabilitacyjny:**

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza specjalisty)

---

\*Właściwie zaznaczyć