

Nr sprawy .....

Data wpływu.....

Przyjął .....

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków**  
**Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**  
**do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego**  
**dla osoby niepełnosprawnej**

**Część: A: Dane dotyczące Wnioskodawcy (wypełnić czytelnie)**

**1. Informacje o Wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko .....

legitymujący się dowodem osobistym: seria ..... nr ..... wydanym w dniu .....  
przez ..... nr PESEL .....  
zamieszkały/a w ..... ulica ..... nr domu .....  
nr lokalu ..... kod pocztowy ..... poczta .....  
powiat ..... województwo ..... nr telefonu (z nr kier.) .....

(nazwa i numer rachunku bankowego)

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

Imię i Nazwisko .....legitymujący  
się dowodem osobistym: seria ..... nr ..... dowodu osobistego wydanego w dniu  
.....przez .....  
nr PESEL ....., zamieszkały/a w..... ulica.....  
nr domu..... nr lokalu..... kod pocztowy..... poczta.....  
powiat..... województwo..... nr telefonu .....  
ustanowiony opiekunem /pełnomocnikiem na podstawie postanowienia Sądu Rejonowego  
w ..... z dnia .....  
wydanego w sprawie o sygn. akt ...../ pełnomocnictwa udzielonego w dniu ..... przez  
Wnioskodawcę ..... przed Notariuszem .....  
prowadzącym Kancelarię Notarialną w ..... (rep. nr .....)/  
w formie pisemnej ...../ w formie pisemnej z podpisem poświadczonym przez  
..... lub w innej formie  
.....

### 3. Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych\*

1. na likwidację barier architektonicznych, technicznych, w komunikowaniu się, zakup sprzętu rehabilitacyjnego (w ciągu ostatnich 3 lat):	
a) nie korzystał	
b) korzystał, w tym na:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
2. korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się	

\*proszę wstawić znak X w odpowiedniej kratce.

### 4. Przeciętny dochód miesięczny (netto na jedną osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy).

Niniejszym oświadczam, że:

1. przeciętny miesięczny dochód<sup>1</sup> w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku i podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosił: ..... zł.  
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym razem ze mną wynosi .....

### Część: B: Dane dotyczące przedmiotu dofinansowania (wypełnić czytelnie)

#### 1. Wnioskuje o dofinansowanie zakupu

.....  
.....  
(należy podać nazwę sprzętu rehabilitacyjnego)

2. Przewidywany koszt zakupu sprzętu .....zł

słownie: .....

#### 3. Wnioskowane dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych

Kwota wnioskowana dofinansowania .....zł

słownie: .....

#### 4. Deklaracja udziału własnego Wnioskodawcy w cenie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Kwota udziału własnego .....zł

słownie: .....

<sup>1</sup> dochód – w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz.U. z 2018 r. poz. 2220 z późn. zm.) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, zasiłek pielęgnacyjny oraz kwotę świadczonych alimentów powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

5. Miejsce realizacji zadania (miejsce użytkowania): .....

6. **UZASADNIENIE WNIOSKU** (spodziewany wpływ wykorzystania sprzętu na poprawę sprawności psychofizycznej Wnioskodawcy):

7. **Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku**

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku Tak/nie	Uzupełniono Tak/nie	Data uzupełnienia
		<b>(wypełnia pracownik PCPR)</b>	
1. Kopia orzeczenia o: - stopniu niepełnosprawności, bądź grupie inwalidzkiej, - niezdolności do pracy, - niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, wydane przed 01.01.1998 r. na stałe, - niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.			
2. Kopia orzeczeń o stopniu niepełnosprawności innych osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą			
3. Oferty cenowe sprzętu rehabilitacyjnego (co najmniej 3)			
4. Aktualne zaświadczenie lekarskie – koniecznie od lekarza specjalisty (druk w załączeniu)			

### OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, iż zostałem (-am) poinformowany (-a), że dofinansowanie kosztów realizacji zadania z zakresu dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych PFRON i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Funduszu i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem (-am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- Oświadczam, że dane przeze mnie wskazane są danych są zgodne z prawdą.

.....  
*/miejscowość, data/*

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

**KLAUZULA INFORMACYJNA  
W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych; zwane dalej: „RODO”), informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opolu Lubelskim z siedzibą w Poniatowej ul. 11 Listopada 5, 24-320 Poniatowa.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl).
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, w szczególności wynikających z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172] oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [t. j. Dz. U. z 2015 r., poz. 926].
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art.6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
  - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawienia, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także – w przypadku przewidzianych prawem – prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych,
  - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz ich nie podanie uniemożliwi rozpoznanie i realizację wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z uwagi na brak możliwości realizacji określonych wyżej celów przetwarzania danych osobowych.
9. Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pani/Pan decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

.....  
*/miejsowość, data/*

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

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku: .....

Data i podpis pracownika PCPR

## Zaświadczenie lekarskie \*

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i Nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia ..... Nr PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie .....

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu / układu .....

### SPRAWNOŚĆ (odpowiednie zaznaczyć):

#### **KOŃCZYN GÓRNYCH:**

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

#### **KOŃCZYN DOLNYCH:**

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

#### **OSOBA PORUSZA SIĘ:**

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

#### **ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE:**

1 oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn górnych ( jednostronne, obustronne )

2. oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn dolnych ( jednostronne, obustronne )

wózek inwalidzki       kule łokciowe       inne ( jakie ) .....

#### **Zalecany sprzęt i przewidywane efekty rehabilitacji:**

.....

.....

.....

**Stwierdzam, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu.**

.....  
*data*

.....  
*pieczęć i podpis lekarza*

\* dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Opolu Lubelskim z siedzibą w Poniatowej; ważne 3 miesiące od daty wystawienia.