

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 Nazwiskolegitymujący
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 dochód¹ 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 sprzętuzł

słownie:

3. Wnioskowane dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych

Kwota wnioskowana dofinansowaniazł

słownie:

4. Deklaracja udziału własnego Wnioskodawcy w cenie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Kwota udziału własnegozł

słownie:

¹ dochód – w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz.U. z 2024 r. poz. 323 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
		(wypełnia pracownik PCPR)	
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 – (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.
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 2024 r., poz. 44 z późn. zm.] 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

Nieppełnosprawność 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.