

Pieczeń 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: zasilek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy nie jest dochodem.

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%):
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:
miejsowość:	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.

..... 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 .

Upprzedzony 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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem 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), publ. Dz. Urz. UE L z 2016r. Nr 119, poz. 1 w celach związanych z dofinansowaniem do sprzętu rehabilitacyjnego.

KLAUZULA INFORMACYJNA

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), publ. Dz. Urz. UE L z 2016r. Nr 119, poz. 1 informujemy, że:

Administrator danych osobowych

Administratorem danych osobowych jest:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rykach, 08-500 Ryki, ul. Leona Wyczółkowskiego 10a,

adres poczty elektronicznej: pcprryki@op.pl ; tel.81 8654 852

Inspektor Ochrony Danych

W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Panem Tomaszem Rutkowskim pod adresem e-mail: tomasz.rutkowski@lokalneogniwo.pl, tel. 81 565 77 10

Cel zbierania danych oraz udostępnianie danych

Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji:

- obowiązków prawnych ciążących na Administratorze
- zadań określonych ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej.

Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a) ww. Rozporządzenia.

Dane osobowe nie będą przekazywane innym odbiorcom, dane te mogą być jednak udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

Okres przetwarzania

Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.

Prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania

- żądania dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych.
- cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym konsekwencją niepodania danych osobowych **jest niemożliwość rozpatrzenia powyższego wniosku.**

Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pan/Pani decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

.....
**podpis osoby wyrażającej zgodę
na przetwarzanie danych osobowych**

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

Zalecany sprzęt i przewidywane efekty rehabilitacji:

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

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.

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

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