

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

Rehabilitacja społeczna – Sprzęt rehabilitacyjny

Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

nie korzystałem korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Miejsce realizacji:	
Cel dofinansowania:	

PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)

Nazwa pola	Wartość
Przewidywany koszt:	
Kwota wnioskowana:	
Uzasadnienie:	

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

SYTUACJA ZAWODOWA

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?

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz. U. 2021 r. poz. 2345) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

1. Kopia posiadanego orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia: o stopniu niepełnosprawności lub o zaliczeniu do jednej z trzech grup inwalidów lub o całkowitej/częściowej niezdolności do pracy/ niezdolności do samodzielnej egzystencji, o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (wydane przed dniem 1 stycznia 1998 r.) lub niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia (oryginał do wglądu).
2. Kopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza (oryginał do wglądu) – o ile dotyczy.
3. Zaświadczenie lekarza rodzinnego lub specjalisty, wskazujące potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych na wskazanym sprzęcie, nie starsze niż 3 miesiące.
4. Informacja dotycząca wartości przedmiotu dofinansowania np. kosztorys ofertowy, faktura PROFORMA.
5. Oświadczenie wraz z klauzulą informacyjną.
6. Pełnomocnictwo do działania w imieniu mocodawcy w systemie SOW – o ile dotyczy.
7. Odwołanie Pełnomocnictwa do działania w imieniu mocodawcy w systemie SOW – o ile dotyczy.
8. Inne dokumenty wymagane przez PCPR.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. Nie mam zaległości wobec PFRON oraz nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich/dziecka danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Dofinansowanie będzie przyznane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu krośnieńskiego w danym roku i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
2. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnację należy zgłaszać do tut. PCPR.
3. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.
4. Złożenie wniosku nie jest równoważne z przyznaniem dofinansowania.
5. Dofinansowanie ze środków PFRON wynosi do 80% wartości przedmiotu dofinansowania.

.....
(Miejscowość, data)

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

KLAUZULA INFORMACYJNA

od 25 maja 2018 r. zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Krośnie (PCPR) jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krośnie reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą przy ul. Bieszczadzka 1, 38 - 400 Krosno. Dane kontaktowe: sekretariat@pcprkrosno.pl, tel.: 13 43 75732.
2. Dane kontaktowe do Inspektora ochrony danych osobowych: inspektorodo@onet.pl.
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zadań i obowiązków nałożonych na Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krośnie.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust 1 lit a, c i lit e, art. 9 ust. 2 lit. a, b, g RODO tj. wypełnienie obowiązków prawnych, realizacja umów lub zgoda osoby której dane dotyczą.
5. Odbiorcami danych osobowych w posiadaniu których jest/będzie PCPR mogą być wyłącznie podmioty i inne organy publiczne które posiadają dostęp do danych na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących.
6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Dane osobowe będą przechowywane wyłącznie przez okres do osiągnięcia celu przetwarzania oraz okres archiwizacji wymagany dla danej kategorii danych przez obowiązujące przepisy prawa.
8. Osoba, której dotyczą dane osobowe ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych jeżeli zachodzą przesłanki do tych uprawnień i nie są ograniczone poprzez inne przepisy prawne.
9. Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody przysługuje także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Osoba, której dotyczą dane osobowe ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna, że przetwarzanie danych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. W zależności od rodzaju załatwianej sprawy w PCPR podanie danych osobowych może być wymogiem ustawowym, warunkiem umownym, warunkiem zawarcia umowy, dobrowolnie wyrażoną zgodą.
12. W sytuacji gdy podanie danych jest obowiązkowe do załatwienia określonej kategorii spraw, konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości podjęcia skutecznych działań.
13. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również nie będą podlegać profilowaniu.

.....
(Miejscowość, data)

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

**Wypełnia w całości lekarz, pod którego opieką
znajduje się osoba niepełnosprawna**

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach
domowych na wskazanym sprzęcie
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Nr PESEL:

Adres zamieszkania:

Posiada dysfunkcje narządu ruchu (określić jakie) lub inne schorzenia:

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

W/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie:

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

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)