



POWIATOWE CENTRUM  
POMOCY RODZINIE  
w Nowym Tomyslu

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**  
ul. Poznańska 30, 64-300 Nowy Tomyśl  
tel./fax 61 44 26 773, www.pcprrt.pl  
e-mail: pcprr@powiatnowotomyski.pl

.....  
potwierdzenie wpływu wniosku

Nr wniosku: PCPR.5120.1.....

## WNIOSEK SR

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
zaopatrzenia osoby niepełnosprawnej w sprzęt rehabilitacyjny**

### I. Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej):

Imię i nazwisko: .....PESEL .....

Adres zamieszkania: ul. ....nr domu .....nr lokalu .....

Kod .....-..... miejscowość: .....gmina: .....

Telefon ..... e-mail: .....

Rachunek bankowy Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej:

Właściciel rachunku bankowego: .....

Nazwa banku i nr rachunku: .....

**Przedstawiciel ustawowy /podkreśl właściwe/: rodzic; opiekun prawny\*; pełnomocnik\*;** (wypełnić jeżeli dotyczy), \*dołączyć kopie zaświadczenia dot. ustanowienia opiekuna prawnego lub pełnomocnictwo (oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa).

Imię i nazwisko: .....PESEL .....

Adres zamieszkania: (wypełnić, gdy jest inny niż Wnioskodawcy):

ul. ....nr domu .....nr lokalu .....Kod .....-.....

miejscowość: .....gmina: ..... telefon .....

### 1. Stopień niepełnosprawności: (wstawić X we właściwej rubryce)

1. <b>Znaczny</b> / inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
- osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. <b>Umiarkowany</b> / inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy	
- inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. <b>Lekki</b> / pozostali inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy	
- osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
4. <b>Osoby w wieku do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności</b>	

**2. Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie:** (wstawić X we właściwej rubryce)

1. Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. Inna dysfunkcja narządu ruchu; osoba porusza się przy pomocy kul, chodzika	
3. Dysfunkcja narządu wzroku	
4. Dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
7. Inne, jakie.....	

**3. Sytuacja zawodowa:** (wstawić X we właściwej rubryce)

1. Zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą *	
2. Osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca *	
3. Bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy *	
4. Rencista /emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. Dzieci i młodzież do lat 18	

\* niepotrzebne skreślić

**4. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:**

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. (za miesiąc na osobę).

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

**II. Informacja o korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:**

Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON		<input type="checkbox"/> Tak (należy wypełnić tabelę)
		<input type="checkbox"/> Nie
Cel dofinansowania	Data, nr umowy, kwota dofinansowania	Czy rozliczono się z Funduszem (tak/nie)
Likwidacja barier architektonicznych		
Likwidacja barier technicznych		
Likwidacja barier w komunikowaniu się		
Zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny		
Inny (jaki) .....		

### III. Informacja o wnioskowanym sprzęcie rehabilitacyjnym:

Lp.	Wnioskowany przedmiot dofinansowania:	Kwota brutto w zł
1.		
2.		
3.		
	<b>Razem:</b>	

1. Uzasadnienie potrzeby zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych:

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

2. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania: ..... (do 80% kosztów zakupu),

słownie: .....

3. Deklarowany udział własny pokrycia kosztów realizacji zadania: .....

(min. 20% kosztów zakupu), słownie: .....

4. Miejsce realizacji zadania: .....

5. Planowany termin rozpoczęcia realizacji zadania: .....

.....  
miejsce

.....  
data

.....  
podpis Wnioskodawcy\*, pełnomocnika\*  
przedstawiciela ustawowego\*,  
opiekuna prawnego\*

\* niepotrzebne skreślić

#### Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności Wnioskodawcy lub w przypadku dziecka orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o konieczności prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych z użyciem danego sprzętu rehabilitacyjnego.
3. Faktura proforma (oferta cenowa) na zakup przedmiotu dofinansowania wystawiona przez dostawcę sprzętu/urządzenia.
4. Zaświadczenie o ustanowieniu opiekuna prawnego lub pełnomocnictwo.
5. Inne wynikające z wniosku (np. inne źródła finansowania zadania).
6. Oświadczenie osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę do odbioru dofinansowania ze środków PFRON.

### Oświadczenia:

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomysłu, ul. Poznańska 30 dla potrzeb niezbędnych do realizacji uprawnień lub obowiązków wynikających z przepisów prawa oraz, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania - zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.
2. Oświadczam, że przedstawione przeze mnie informacje we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego, przyjmuje do wiadomości, że „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.
3. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i nie byłem/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalenie przebiegu wizji/kontroli (m.in.: poprzez sporządzanie fotografii).
5. Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.

### Wyjaśnienia:

1. Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, uwzględnia się wszystkie dochody w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
3. Zgodnie z art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w sprawach nieunormowanych przepisami ustawy stosuje się: Kodeks postępowania administracyjnego, Kodeks cywilny oraz Kodeks pracy.
4. Na podstawie art. 75 § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego - jako dowód należy dopuścić wszystko, co może przyczynić się do wyjaśnienia sprawy, a nie jest sprzeczne z prawem. W szczególności dowodem mogą być dokumenty, zeznania świadków, opinie biegłych oraz oględziny.

### ZAWIADOMIENIE

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomysłu** działając na podstawie art. 61 § 4 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego zawiadamia, że z dniem złożenia wniosku w tut. Centrum zostaje wszczęte postępowanie administracyjne w sprawie likwidacji barier dla osoby niepełnosprawnej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

### Pouczenie

Zgodnie z art. 10 § 1 KPA stronom przysługuje prawo wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. Skorzystanie z powyższego prawa winno nastąpić w terminie 7 dni od dnia złożenia wniosku - w godzinach pracy tut. Centrum, tj. od poniedziałku do piątku, od 7.30 do 15.30.

Powyższe nie jest obowiązkowe.

Na mocy art. 41 § 1 i 2 KPA informujemy, że w toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu. W razie zaniedbania obowiązku określonego wyżej doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

Wnioski są rozpatrywane po otrzymaniu środków finansowych z PFRON na dany rok.

**Potwierdzam zapoznanie się z treścią powyższego zawiadomienia.**

.....  
miejscowość

.....  
data

.....  
podpis Wnioskodawcy\*, pełnomocnika\*  
przedstawiciela ustawowego\*,  
opiekuna prawnego\*

\* niepotrzebne skreślić

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....  
(miejscowość i data)

## **ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

**dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu  
-dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych zaopatrzenia osoby niepełnosprawnej w sprzęt rehabilitacyjny**

Prosimy wypełnić czytelnie.

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania.....

.....

Data urodzenia .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim):

.....

.....

.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów oraz choroby współistniejące:

.....

.....

4. Używane przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:

.....

.....

.....

5. Potrzeby w zakresie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych:

.....

.....  
.....  
6. Używany sprzęt rehabilitacyjny:

.....  
.....  
7. Potrzeby w zakresie sprzętu rehabilitacyjnego:

.....  
.....  
8. Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu ww. sprzętu.....

.....  
.....  
9. Niepełnosprawność dotyczy (zaznaczyć właściwe i opisać):

- narządu ruchu, w zakresie .....
- kończyny górne, w zakresie .....
- jednoczesna dysfunkcja kończyn(y) górnej i dolnej, w zakresie .....
- dysfunkcja narządu wzroku, w zakresie .....
- dysfunkcja narządu słuchu, w zakresie .....
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe), w zakresie .....
- inne schorzenia (podać jakie) .....

.....  
**Stwierdzam, że zachodzi potrzeba prowadzenie rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu ww. sprzętu rehabilitacyjnego.**

.....  
pieczętka i podpis lekarza specjalisty

Załącznik nr 6 do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
zaopatrzenia osoby niepełnosprawnej w sprzęt rehabilitacyjny

.....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru  
dofinansowania ze środków PFRON)

.....  
(numer PESEL)

.....  
(numer telefonu kontaktowego)

Przyjmuję do wiadomości, że w związku z podaniem przez Pana/Panią ..... (*imię i nazwisko Wnioskodawcy*) moich danych osobowych zawartych we wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia osoby niepełnosprawnej w sprzęt rehabilitacyjny, Administratorem moich Danych Osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu, ul. Poznańska 30. Celem przetwarzania danych osobowych jest przekazanie dla ww. osoby na rachunek bankowy dofinansowania ze środków PFRON. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu informuje o prawie wniesienia, w przypadkach wymienionych w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy o ochronie danych osobowych pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania danych ze względu na szczególną sytuację, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadkach, wymienionych w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 ww. ustawy, gdy administrator danych zamierza je przetwarzać w celach marketingowych lub wobec przekazywania jej danych osobowych innemu administratorowi danych oraz dobrowolności podania danych, prawie dostępu do ich treści oraz ich poprawiania – zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu.

.....  
(podpis składającego oświadczenie)

\*Art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych: „Przetwarzanie danych osobowych jest dopuszczalne tylko wtedy, gdy: (...) jest niezbędne do wykonania określonych prawem zadań realizowanych dla dobra publicznego; (...) jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów realizowanych przez administratorów danych albo odbiorców danych, a przetwarzanie nie narusza praw i wolności osoby, której dane dotyczą”.