



<b>Data wpływu:</b>	
<b>Nr sprawy:</b>	ZRWOP.7010. _____

### WNIOSEK

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

### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczzonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczzonego notarialnie
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	

<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

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

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy

<b>Niezdolność:</b>	<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
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<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 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba głucha</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema</li> </ul> <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba niewidoma</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma</li> </ul> <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</li> <li><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych</li> </ul> <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
<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

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: .....

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Ze środków finansowych PFRON:

- nie korzystałam/em
- korzystałam/em

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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 zadania:	
Cel dofinansowania:	

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 80% kosztów realizacji zadania.

## PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany koszt:	
Kwota wnioskowana:	
Uzasadnienie (Uzasadnienie potrzeby zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych):	

## FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Numer rachunku bankowego:	

W kasie

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? .....

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIA

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 - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku i załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA TYLKO W PRZYPADKU ODBIORU ŚRODKÓW W KASIE BANKU SPÓŁDZIELCZEGO**

Oświadczam, że:

Odbioru dofinansowania ze środków PFRON do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny w kasie Bank Spółdzielczego dokonam osobiście, lub

Upoważniam Panią/Pana ..... tel. ....  
(imię i nazwisko)

PESEL \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ do odbioru przyznanego dofinansowania ze środków PFRON do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Miejscowość	Data	podpis Wnioskodawcy*, pełnomocnika*, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*

\* niepotrzebne skreślić

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

Lp.	Nazwa
1.	Informacje uzupełniające – załącznik nr 1
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie (wypełnione na druku dołączonym do wniosku) – załącznik nr 2.
3.	Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia), oryginał do wglądu.
4.	Faktura proforma (oferta cenowa) na zakup przedmiotu dofinansowania wystawiona przez dostawcę sprzętu/urządzenia.
5.	Kopia zaświadczenia o ustanowieniu opiekuna prawnego lub pełnomocnictwa (jeżeli dotyczy).
6.	Inne wynikające z wniosku.

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

**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 ust. 1 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 Tomyslu informuje, że z dniem złożenia wniosku w tut. Centrum zostaje wszczęte postępowanie w sprawie rozpatrzenia wniosku dotyczącego zaopatrzenia osoby niepełnosprawnej w sprzęt rehabilitacyjny ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

## POUCZENIE

Stronom przysługuje prawo wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, w godzinach pracy tut. Centrum, tj. od poniedziałku do piątku, od 7.30 do 15.30, jednak nie jest obowiązkowe.

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.

Tryb rozpatrzenia wniosku regulują przepisy: ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

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



.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

.....  
(miejsowość, data)

## **ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

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

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: .....

Adres zamieszkania: .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

### **Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\***

Dysfunkcja narządu ruchu:

- osoba leżąca
- osoba na wózku
- osoba poruszająca się wyłącznie przy pomocy przedmiotów ortopedycznych (kule, balkonik)
- osoba z protezą kończyny dolnej
- osoba z dysfunkcją kończyn górnych
- osoba poruszająca się wyłącznie przy pomocy osoby drugiej
- osoba poruszająca się samodzielnie
- inne (jakie?).....

Innego rodzaju schorzenia lub dysfunkcje:

- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu
- upośledzenie umysłowe

Używany sprzęt rehabilitacyjny: .....

Potrzeby w zakresie sprzętu rehabilitacyjnego: .....

.....

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

.....

.....

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* właściwie zaznaczyć

## KLAUZULA INFORMACYJNA - RODO

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO), obowiązującego od 25 maja 2018 r., informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyslu, ul. Poznańska 30, 64-300 Nowy Tomysl. Kontakt z administratorem jest możliwy także za pomocą adresu mailowego: [pcpr@powiatnowotomyski.pl](mailto:pcpr@powiatnowotomyski.pl)
  2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Aleksandra Cnota-Mikołajec. Kontakt z inspektorem jest możliwy za pomocą adresów mailowych: [aleksandra@eduodo.pl](mailto:aleksandra@eduodo.pl) lub [iod@eduodo.pl](mailto:iod@eduodo.pl)
  3. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych.
  4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:
    - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
    - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z administratorem przetwarzają jego dane osobowe,
    - c) podmioty realizujące zadania Administratora Danych Osobowych, takie jak: operator pocztowy, bank, dostawca oprogramowania dziedzinowego.
  5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3. W przypadkach, w których wymagają tego przepisy ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach - przez czas określony w tych przepisach.
  6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
  7. Ma Pani/Pan prawo żądania od Administratora:
    - a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich pierwszej kopii,
    - b) do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
    - c) do usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 17 RODO oraz art. 18 RODO,
    - d) do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na zasadach opisanych w art. 21 RODO,
    - e) do przenoszenia danych, zgodnie z art. 20 RODO,
    - f) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- W celu skorzystania oraz uzyskania informacji dotyczących praw określonych powyżej (lit. a-f) należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, a od 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
  9. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami jest obligatoryjne. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpoczęcia wypełniania obowiązku prawnego leżącego na Administratorze Danych Osobowych.
  10. Państwa dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.