

Nr wniosku:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZAOPATRZENIA
W SPRZĘT REHABILITACYJNY**

I. DANE PERSONALNE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ:

Nazwisko i imię

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

.....

Nr telefonu (podanie numeru nie jest obowiązkowe, ale ułatwi kontakt)

II. ADRES KORESPONDENCYJNY (wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż zamieszkania):

.....

.....

III. DANE OSOBOWE OPIEKUNA USTAWOWEGO/PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA NOTARIALNEGO:

Nazwisko i imię

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

.....

Nr telefonu (podanie numeru nie jest obowiązkowe, ale ułatwi kontakt)

Opiekun prawny – ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego:

..... z dnia:

Sygn. Akt:

Pełnomocnik – na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza:

..... z dnia

nr repetytorium:

IV. POSIADANE ORZECZENIE:

1. Osoby w wieku do lat 16 posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:

☐ Tak

☐ Nie

2. O stopniu niepełnosprawności/grupie inwalidzkiej/niezdolności:

☐ Znaczny/I grupa/Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji/Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny

☐ Umiarkowany/II grupa/Osoby całkowicie niezdolne do pracy

☐ Lekki/III grupa/Osoby częściowo niezdolne do pracy/Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym bez prawa do zasiłku pielęgnacyjnego

V. OŚWIADCZENIE O DOCHODACH:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za okres 3 ostatnich miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku: zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

VI. 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

☐ Inna, jaka

VII. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON (w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku, dotyczy zawartych umów):

Czy wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny? (niepotrzebne skreślić)	TAK	NIE		
CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON				
Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

VIII. PRZEDMIOT WNIOSKU:

Nazwa wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego:

.....

.....

.....

Miejsce realizacji zadania:

.....

.....

Uzasadnienie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IX. PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA:

Przewidywany koszt realizacji zadania (100% ceny brutto)	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 80% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia)	

X. FORMA PRZEKAZANIA DOFINANSOWANIA:

- ☐ przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Właściciel konta:

Nazwa banku:

Nr konta |_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|

UWAGA! W przypadku osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę, osoba ta musi wypełnić i podpisać „Zgodę właściciela konta bankowego – Załącznik nr 1 do wniosku.

- ☐ przelew na konto wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

XI OŚWIADCZENIA:

1. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2022 poz. 1138 z późn. zm.) – 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.
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/byłam w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. 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.
4. Zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania. Wniosek złożony w bieżącym roku kalendarzowym nie przechodzi na rok następny.

XII. INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH:

Na podstawie art. 13 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 informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie, ul. gen. Józefa Hallera 5, 82 – 500 Kwidzyn.
2. Celem przetwarzania danych osobowych jest rozpatrzenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.
3. Podstawą prawną przetwarzania jest:
 - a) art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. tj. wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
 - b) art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r., tj. osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów.
4. Odbiorcami danych osobowych są podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane, z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
7. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo do żądania od Administratora dostępu do dotyczących go danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Każda osoba, której dane dotyczą, w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody – ma prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofanie się ze zgody należy złożyć w formie pisemnej u Administratora. Konsekwencją wycofania się ze zgody będzie brak możliwości przetwarzania

danych innych niż wynikające z przepisów prawa.

8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. W określonych przypadkach podanie danych osobowych jest dobrowolne.
9. Decyzje dotyczące przetwarzania danych osobowych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany. Administrator nie profiluje danych osobowych.
10. Nie przewiduje się przetwarzania danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.
11. Każda osoba, której dane osobowe są przetwarzane ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa, tel. (22) 531 03 00.
12. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, który jest dostępny pod numerem telefonu: +48 791 150 939 lub pod adresem e-mail: biuro@solved.com.pl.

.....
(podpis Wnioskodawcy, opiekuna ustawowego,
opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności (dzieci do lat 16) lub orzeczenia równoważnego.
2. 3 niezależne oferty cenowe dotyczące zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego wraz z krótką specyfikacją.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie od specjalisty uzasadniające konieczność zakupu wnioskowanego sprzętu oraz konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych – Załącznik nr 1 do wniosku.
4. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – dokument potwierdzający pełnienie funkcji opiekuna prawnego.
5. W przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika – oryginał pełnomocnictwa notarialnego do wglądu.
6. Zgoda właściciela konta bankowego – Załącznik nr 2 do wniosku.

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Nazwisko i imię

PESEL

Adres zamieszkania

.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

2. Uszkodzenie narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....

.....

.....

3. Rodzaj niepełnosprawności:

☐ Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim

☐ Brak obu kończyn górnych

☐ Brak jednej kończyny górnej

☐ Brak obu kończyn dolnych

☐ Brak jednej kończyny dolnej

☐ Znaczny niedowład obu kończyn górnych

☐ Znaczny niedowład jednej kończyny górnej

☐ Znaczny niedowład obu kończyn dolnych

☐ Znaczny niedowład jednej kończyny dolnej

☐ Inna dysfunkcja narządu ruchu w zakresie

.....

☐ Inne schorzenia (jakie?)

.....

4. Istnieje konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w postaci:

.....

.....

5. Istnieje konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych ze względu na:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

ZGODA WŁAŚCICIELA KONTA BANKOWEGO

**(wypełnić w przypadku wypłaty na konto indywidualne osoby nie będącej Wnioskodawcą,
dotyczy osób fizycznych)**

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

.....

.....

Ja, niżej podpisana/podpisany wyrażam zgodę na przekazanie przyznanego dla Pani/Pana dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze na mój indywidualny rachunek bankowy podany w wniosku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku i powyższym oświadczeniu 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) w wyżej wymienionym celu.

.....
(podpis Właściciela konta bankowego)