

Nr wniosku:

Data przyjęcia:

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY**  
*dla indywidualnych osób niepełnosprawnych*  
*do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach*

**UWAGA! ZAKUP WNIOSKOWANEGO SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO MOŻLIWY JEST PO POZYTYWNYM ROZPATRZENIU WNIOSKU ORAZ PO PODPISANIU UMOWY.**

**I. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ UBIEGAJĄCEJ SIĘ O DOFINANSOWANIE:**

**DANE PERSONALNE**

Imię ..... Nazwisko .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Miejsce zamieszkania .....

Numer telefonu .....

**II. DANE:**

- rodzica/opiekuna prawnego dziecka niepełnosprawnego,  
 opiekuna prawnego/pełnomocnika dorosłej osoby niepełnosprawnej,  
 osoby upoważnionej do reprezentowania osoby niepełnosprawnej w tutejszym Urzędzie  
(wymagane pisemne upoważnienie – załącznik nr 2)

**DANE PERSONALNE**

Imię ..... Nazwisko .....

PESEL .....

Miejsce zamieszkania .....

Numer telefonu .....

**III. INFORMACJA O ORZECZENIU:** (proszę wstawić X w odpowiednim polu)

<input type="checkbox"/>	I grupa	znaczny stopień	całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji/ stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, jeżeli przysługuje zasiłek pielęgnacyjny (dotyczy orzeczeń wydanych przed 1 stycznia 1998 r.)
<input type="checkbox"/>	II grupa	umiarkowany stopień	całkowita niezdolność do pracy
<input type="checkbox"/>	III grupa	lekki stopień	częściowa niezdolność do pracy/ stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym (dotyczy orzeczeń wydanych przed 1 stycznia 1998 r.)
<input type="checkbox"/>	O niepełnosprawności osoby do 16 roku życia		

**Orzeczenie wydane:**  na stałe  okresowo do .....

**IV. Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.**

- a) Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym .....
- b) Dochód netto Wnioskodawcy .....
- c) Dochody netto pozostałych osób wspólnie gospodarujących .....
- d) Łączny dochód netto w gospodarstwie domowym .....
- e) Dochód netto na jedną osobę .....

**V. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA, PRZEWIDYWANY KOSZT ZAKUPU, WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA, CEL DOFINANSOWANIA:**

L.P.	NAZWA SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO	ILOŚĆ	PRZEWIDYWANY KOSZT ZAKUPU	PROCENT DOFINANSOWANIA (CO NIE MOŻE STANOWIĆ WIĘCEJ NIŻ 80% KWOTY ZADANIA BRUTTO)
RAZEM CAŁKOWITY KOSZT DOFINANSOWANIA:				
CAŁKOWITY KOSZT DOFINANSOWANIA (SŁOWNIE):				

**VI. MIEJSCE UŻYTKOWANIA SPRZĘTU:** .....

.....

.....



**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą (załącznik nr 2).
2. Kserokopię ważnego orzeczenia stwierdzającego niepełnosprawność.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie (załącznik nr 1).
4. Ofertę cenową wystawioną przez sprzedawcę na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny.
5. Upoważnienie uprawniające do reprezentowania osoby niepełnosprawnej w PCPR w Wadowicach oraz informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą (jeżeli dotyczy).
6. Dowód osobisty osoby niepełnosprawnej do wglądu (w razie potrzeby - rodzica, opiekuna prawnego lub osoby upoważnionej do reprezentowania osoby niepełnosprawnej).

.....  
**Data i podpis wnioskodawcy**

*W przypadku, gdy Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie poweźmie wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, a w szczególności, co do wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wystąpi do Wnioskodawcy o złożenie w wyznaczonym terminie (nie dłuższym niż 14 dni licząc od dnia otrzymania wezwania) wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.*

*Zgodnie z /Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2002 r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 926, z późn. zm.).*

---

**Dane zweryfikowano na podstawie dowodu osobistego**

**Data i podpis pracownika przyjmującego wniosek** .....

Wniosek został sprawdzony pod względem formalnym i merytorycznym i stwierdzono jego kompletność, wszystkie załączniki są prawidłowo wypełnione i nie zawierają braków formalnych.

.....  
(data i podpis pracownika)

.....  
miejsowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**  
**Osób Niepełnosprawnych do sprzętu rehabilitacyjnego**

/Proszę wypełnić w języku polskim/

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: ..... PESEL:.....

Adres zamieszkania .....

.....

1. Rozpoznanie i opis choroby: .....

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

2. Stwierdza się, że ww. osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w warunkach domowych w zakresie: .....

.....  
.....

3. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny: .....

.....  
.....

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

**DLA WNIOSKODAWCY**

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach, z siedzibą 34-100 Wadowice ul. Mickiewicza 15;
- 2) w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach został powołany Inspektor Ochrony Danych. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych: [iodpcpr@pcpr-wadowice.pl](mailto:iodpcpr@pcpr-wadowice.pl) tel. 33 8709010;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, 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 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, na podstawie art. 6, ust. 1, lit. c) – czyli przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego, ciążącego na administratorze oraz z lit. e) – przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 pkt b w zw. z pkt c i d – przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie: PFRON, ośrodki pomocy społecznej – w razie konieczności, organy administracji publicznej w granicach ich działalności; obsługa informatyczna, inspektor nadzoru inwestycyjnego, radca prawny, członkowie Komisji opiniujący wnioski o dofinansowania, firma świadcząca usługi hostingu poczty elektronicznej w zakresie prowadzonej korespondencji elektronicznej;
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym w PCPR „Jednolitym rzeczowym wykazem akt” przez okres 10 lat;
- 6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu;
- 7) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 8) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania. Jest Pan/Pani zobowiązany/a do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania.
- 9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

**Oświadczenie Wnioskodawcy:**

Potwierdzam, zapoznanie się z niniejszą informacją.

.....

(data i czytelny podpis osoby, której dane są przetwarzane)

**DLA OSOBY UPOWAŻNIONEJ/OPIEKUNA PRAWNEGO**

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą**

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i ust. 2 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) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach, z siedzibą 34-100 Wadowice ul. Mickiewicza 15;
- 2) w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach został powołany Inspektor Ochrony Danych Osobowych. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych: [iodpcpr@pcpr-wadowice.pl](mailto:iodpcpr@pcpr-wadowice.pl) , tel. 33 8709010;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez PFRON w celu realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego, 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 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, na podstawie art. 6, ust. 1, lit. c) tj. przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego, ciążącego na administratorze oraz z lit. e) tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 pkt b w zw. z pkt c i d – przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie: PFRON, ośrodki pomocy społecznej – w razie konieczności, organy administracji publicznej w granicach ich działalności, obsługa informatyczna, inspektor nadzoru inwestycyjnego, radca prawny, członkowie Komisji opiniujący wnioski o dofinansowania, firma świadcząca usługi hostingu poczty elektronicznej w zakresie prowadzonej korespondencji elektronicznej;
- 5) Na podstawie prawnie uzasadnionego interesu przetwarzane są Pana/Pani następujące kategorie danych. Dane zwykłe takie jak: imię i nazwisko, dane adresowe, PESEL;
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym w PCPR „Jednolitym rzeczowym wykazem akt”;
- 7) Źródłem pozyskania Pana/Pani danych osobowych jest .....
- 8) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu;
- 9) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

**Oświadczenie Wnioskodawcy:**

Potwierdzam, zapoznanie się z niniejszą informacją.

.....

(data i czytelny podpis osoby, której dane są przetwarzane)

.....  
(miejscowość i data)

## U P O W A Ż N I E N I E

**Ja niżej podpisana (y):**

....., numer PESEL .....

(imię i nazwisko)

zam. ...., ul. ...., nr .....

kod ....., poczta .....

**u p o w a ż n i a m :**

....., numer PESEL .....

(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa / osoba niespokrewniona)

zam. ...., ul. ...., nr .....

kod ....., poczta .....

do załatwienia **wszelkich formalności związanych z ubieganiem się** o udzielenie mi dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172, z późn. zm.) a realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach.

**Upoważnienie zachowuje ważność do dnia 31.12.2020 r.**

.....  
(poświadczenie podpisu przez pracownika  
właściwego organu administracji)

.....  
(podpis osoby niepełnosprawnej)

.....  
(podpis osoby upoważnionej)