

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)

☐	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.)
☐	II grupa	umiarkowany stopień	całkowita niezdolność do pracy
☐	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.)
☐	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:

.....

.....

[illegible]

☐ TAK ☐ NIE

Numer rachunku bankowego:.....

1. Oświadczam, że posiadam zaległości wobec PFRON: ☐ TAK ☐ NIE
2. Oświadczam, że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku byłem (am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: : ☐ TAK ☐ NIE
3. Oświadczam, że **posiadam środki własne** w wysokości nie mniejszej niż **20%** kosztów zakupu związanego z zakupem sprzętu rehabilitacyjnego : ☐ TAK ☐ NIE
4. Oświadczam, że **posiadam środki finansowe z innych źródeł** na dofinansowanie kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w wysokości.....zł (słownie złotych.....): ☐ TAK ☐ NIE
5. Oświadczam, że adres wskazany w niniejszym wniosku jest faktycznym adresem mojego zamieszkania. Oświadczam również, że nie ubiegam się o takie dofinansowanie ze środków PFRON w innych powiatach.
6. Pouczony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz., 1600, z późn. zm.) **oświadczam, że podane we wniosku informacje są prawdziwe**, o wszelkich zmianach zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kserokopię ważnego orzeczenia stwierdzającego niepełnosprawność.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie (załącznik nr 1).
3. Ofertę cenową wystawioną przez sprzedawcę na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny.
4. Upoważnienie uprawniające do reprezentowania osoby niepełnosprawnej w PCPR w Wadowicach oraz informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą (jeżeli dotyczy) Załącznik nr 2.
5. 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)

.....
miejscowość 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

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

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 Osobowych. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych: 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, Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 roku w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, 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, świadczeniodawca realizujący zlecenie – w razie konieczności, organy administracji publicznej w granicach ich działalności; obsługa informatyczna, radca prawny, 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”;
- 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 2016r.;
- 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.

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą
DLA OSOBY UPOWAŻNIONEJ/KURATORA/PEŁNOMOCNIKA**

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, 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 zwykle 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 osoba upoważniona/kurator/pełnomocnik;
- 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.

.....
(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 31.12.2022 r.

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

.....
(podpis osoby niepełnosprawnej)

.....
(podpis osoby upoważnionej)