

.....
Pieczęć PCPR

...../.....
numer sprawy / data wpływu wniosku

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY

I. DANE WNIOSKODAWCY:		
Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania:		
Numer PESEL	telefon:	
Nazwa banku		
Numer rachunku bankowego		

II. POSIADANE ORZECZENIE ^x		
<input type="checkbox"/> o stopniu niepełnosprawności: znacznym/ umiarkowanym/ lekkim*		
<input type="checkbox"/> o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów, wydanym przed dniem 01.01.1998 r.		
<input type="checkbox"/> o całkowitej/częściowej/niezdolności do pracy/i niezdolności do samodzielnej egzystencji*		
<input type="checkbox"/> o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, wydanym przed 01.01.1998 r.		
<input type="checkbox"/> o niepełnosprawności (dot. dzieci do 16-tego roku życia)		

III. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY ^x		
<input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona / osoba prowadząca działalność gospodarczą*		
<input type="checkbox"/> Osoba ucząca się w systemie szkolnym / studiująca*		
<input type="checkbox"/> Bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy*		
<input type="checkbox"/> Rencista / emeryt *		
<input type="checkbox"/> Dzieci i młodzież do 16-tego roku życia		

IV. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY WNIOSKODAWCY/OPIEKUN PRAWNY/PEŁNOMOCNIK*		
Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania		
Dowód osobisty: seria	numer	telefon:
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia		
Sygnatura akt		
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego		
przez notariusza		
z dnia	nr repertorium	
Nazwa banku		
Numer rachunku bankowego		

V. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WYSOKOŚCI DOCHODU I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, zgodnie z ustawą z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 2220 ze zm.), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił:zł.

Oświadczam, że liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby – uzupełnić poniższą tabelę

Lp.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Rok urodzenia	Dochód miesięczny
1.	Wnioskodawca		
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
		Razem	

VI. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON w ciągu ostatnich 3 (trzech) lat przed złożeniem wniosku.

Lp.	Nazwa instytucji udzielającej dofinansowania ze środków PFRON	Cel dofinansowania (nazwa programu PFRON, zadania w ramach, którego Wnioskodawca uzyskał dofinansowanie)	Imię i nazwisko osoby, która uzyskała dofinansowanie ze środków PFRON	Numer i data zawarcia umowy	Przedmiot dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania	Stan rozliczenia umowy: (rozliczona, w trakcie rozliczenia, nierozliczona)
					Razem uzyskane dofinansowanie		

Oświadczam, że

1. Posiadam zaległości wobec PFRON TAK NIE

2. W ciągu 3 (trzech) lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
 TAK NIE

VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA

PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA:

O dofinansowanie zaopatrzenia wyżej wymienionego sprzętu rehabilitacyjnego osoba niepełnosprawna ubiega się wyłącznie w PCPR w Piasecznie ^x TAK NIE

Miejsce realizacji zadania (miejsce użytkowania sprzętu rehabilitacyjnego)

CEL DOFINANSOWANIA (uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu, z uwzględnieniem potrzeb wynikających z niepełnosprawności (opisać, w jaki sposób użytkowanie wnioskowanego sprzętu wpłynie na poziom funkcjonowania, jakość życia i integrację społeczną osoby niepełnosprawnej)

Przewidywany koszt realizacji zadania:zł., (słownie:.....)
Wysokość wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:zł., (słownie:.....)

Wysokość dofinansowania ze środków PFRON do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny wynosi do 80% kosztów tego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy ze środków PFRON.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 i art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis
Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika*

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu).
2. Zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o schorzeniach Wnioskodawcy, zawierające zalecenie rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu, (zaświadczenie jest ważne 60 dni od dnia wystawienia).
3. Faktura pro-forma lub oferta cenowa dotycząca wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.
4. Kopia dowodu osobistego wnioskodawcy i/lub jego pełnomocnika/opiekuna.
5. Kopia dokumentów potwierdzających sposób reprezentacji (dotyczy pełnomocników i opiekunów prawnych).
6. Obowiązek informacyjny RODO.
7. Inne dokumenty.....

* niepotrzebne skreślić
x właściwe zaznaczyć

UWAGA!

Sprzęt rehabilitacyjny, to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej. Jest to sprzęt służący do usprawniania zaburzonych funkcji organizmu lub wspomagający proces rehabilitacji.

**Obowiązek informacyjny RODO w sytuacji pozyskania danych od osoby,
której dane dotyczą.**

W związku z obowiązującym Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony danych 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 Piasecznie przekazuje poniższą informację - **Obowiązek informacyjny RODO w sytuacji pozyskania danych od osoby, której dane dotyczą.**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie – Pani Klaudia Wojnarowska, adres siedziby: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie, 05-500 Piaseczno, ul. Chyliczkowska 14;
2. Inspektorem danych osobowych jest Pani Agnieszka Pindelska, adres siedziby: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Piasecznie, 05-500 Piaseczno, ul. Chyliczkowska 14, tel. (22)756-61-64, mail: ochronadanych@piaseczno.pl;
3. Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest rozpatrzenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze; zadania wynikające z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 ze zm.) oraz rozporządzenia z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 926);
4. Informacje nie będą przekazywane podmiotom innym niż te uprawnione z mocy prawa.
5. Dane będą przetwarzane w okresie nie dłuższym niż wymagają tego przepisy prawa.
6. Informuję, że przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych;
7. Informuję o przysługującym Pani/Panu prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność przetwarzania z prawem;
8. Informuję, że przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w tym przypadku jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
9. Informuję, że podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania.
10. PCPR nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany.

Zapoznałem/am się z obowiązkiem informacyjnym.

Data i podpis:

.....

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla celów związanych z ubieganiem się przez osoby niepełnosprawne o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Imię nazwisko Pacjenta:.....
Adres zamieszkania.....
PESEL

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....
.....
.....

II. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji^x:

- dysfunkcja narządu wzroku: osoba niewidoma/niedowidząca/głuchoniewidoma*
- dysfunkcja narządu ruchu:
 - osoba leżąca,
 - osoba poruszająca się za pomocą wózka inwalidzkiego
 - osoba poruszająca się za pomocą balkonika, trójnoгу, kul inwalidzkich
- choroby neurologiczne
- inna przyczyna niepełnosprawności (podać jaka).....
.....

III. Rodzaj niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego:

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

IV. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu ^x: tak nie

V. Czy istnieją przeciwwskazania do stosowania wnioskowanego sprzętu^x: tak nie

VI. W jaki sposób wnioskowany sprzęt wpłynie na poziom funkcjonowania, jakość życia i integrację społeczną osoby niepełnosprawnej.....
.....
.....

.....
miejscowość, data

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*niepotrzebne skreślić
x właściwe zaznaczyć

UWAGA!

Sprzęt rehabilitacyjny, to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej. Jest to sprzęt służący do usprawniania zaburzonych funkcji organizmu lub wspomagający proces rehabilitacji.

DECYZJA O PRYZNANIU DOFINANSOWANIA

Wniosek został rozpatrzony na posiedzeniu Zespołu ds. Przyznawania dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze osobom niepełnosprawnym w dniu:

Wniosek został rozpatrzony: pozytywnie/ negatywnie/ pozostawiony bez rozpatrzenia.*

UZASADNIENIE DECYZJI KOMISJI:

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

Przyznano dofinansowanie ze środków PFRON w wysokości:zł.,(słownie:.....
.....)

Podpisy członków Zespołu:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

.....
miejsowość, data

.....
Podpis Dyrektora PCPR