

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

| ROLA WNIOSKODAWCY | |
|------------------------------|---|
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| Wnioskodawca składa wniosek: | <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 poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie |
| Postanowieniem Sądu: | |
| Z dnia: | |
| Sygnatura akt: | |
| Imię i nazwisko notariusza: | |
| Repertorium nr: | |
| Zakres pełnomocnictwa: | <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 |
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| 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 |
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |

| | |
|---|---|
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY | |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |
| ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO | |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |

| STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | |
|---|--|
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Stopień niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest: | <input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: |
| Grupa inwalidzka: | <input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Niezdolność: | <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 |
| Rodzaj niepełnosprawności: | <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 <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <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 |

| | |
|---|--|
| <p>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:</p> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| <p>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</p> | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny |
| <p>ŚREDNI DOCHÓD</p> | |

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:.....

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 korzystałem

korzystałem

| CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON | | | | |
|--|----------|---------------------|----------------------|------------------|
| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

| PRZEDMIOT WNIOSKU 1 | |
|---|------------------------|
| 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: | |
| Cel dofinansowania: | |

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

PRZEDMIOT WNIOSKU 2

| 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: | |
| Cel dofinansowania: | |

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

PRZEDMIOT WNIOSKU 3

| 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: | |
| 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: | |

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|-------------------------------------|-----------------|
| Właściciel konta (imię i nazwisko): | |
| Adres właściciela konta: | |
| Nazwa banku: | |
| Nr rachunku bankowego: | ----- |

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

OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - 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.

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.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

| <i>Miejscowość</i> | <i>Data</i> | <i>Podpis Wnioskodawcy</i> |
|--------------------|-------------|----------------------------|
| | | |

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|-----|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> Załącznik nr 1 - Zgoda na przetwarzanie danych osobowych. |
| 2. | <input type="checkbox"/> Załącznik nr 2 – Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia. |
| 3. | <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne lub orzeczenia o niepełnosprawności |
| 4. | <input type="checkbox"/> Kosztorys lub oferta lub faktura pro – forma. |

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|------------|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> Załącznik nr 1 - Zgoda na przetwarzanie danych osobowych. |
| 2. | <input type="checkbox"/> Załącznik nr 2 – Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia. |
| 3. | <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne lub orzeczenia o niepełnosprawności |
| 4. | <input type="checkbox"/> Kosztorys lub oferta lub faktura pro - forma |

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

| Lista |
|--|
| <input type="checkbox"/> Załącznik nr 1 - Zgoda na przetwarzanie danych osobowych. |
| <input type="checkbox"/> Załącznik nr 2 – Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia. |
| <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne lub orzeczenia o niepełnosprawności |
| <input type="checkbox"/> Kosztorys lub oferta lub faktura pro - forma |

Załącznik nr 1 do formularza wniosku

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w złożonym przez mnie wniosku.

W procesie realizacji przedmiotowego zadania.

1. Przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji wniosku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1) oraz ustaw wynikających z realizacji zadań PCPR.
2. Moje dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z instrukcji kancelaryjnej.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych (RODO)

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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)(Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), zwanego dalej RODO, informuję:

Administrator danych osobowych

Administratorem Państwa danych osobowych jest:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w

Warszawie, adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa. Można się z nami kontaktować w następujący sposób:

- a) listownie: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa,
- b) telefonicznie: 22 50 55500.

oraz

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Głubczycach z siedzibą w Głubczycach, adres:

ul. Sobieskiego 5a, 48-100 Głubczyce tel. 77485 87 73. Można się z nami kontaktować w następujący sposób:

- a) listownie: ul. Sobieskiego 5a, 48-100 Głubczyce
- b) za pośrednictwem poczty elektronicznej: sekretariat@pcprglubczyce.pl
- c) telefonicznie: 77485 87 73, 77485 08 17. Inspektor ochrony danych

Mogą Państwo kontaktować się również:

z wyznaczonym przez PFRON inspektorem ochrony danych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@pfron.org.pl

lub listownie na adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, telefon: 22 50 55500. z wyznaczonym przez PCPR inspektorem ochrony danych za pośrednictwem poczty elektronicznej:

inspektor@networkart.pl

Cele i podstawy przetwarzania

Państwa dane osobowe są przetwarzane przez PCPR w celu realizacji programu finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (ustalania, przyznawania i wypłacania świadczeń dla osób niepełnosprawnych) oraz w celu archiwalnym.

Przetwarzanie Państwa danych osobowych odbywa się na podstawie art.6 ust. 1 lit. c oraz art.9 ust. 2 lit .b RODO, w oparciu o:

- Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, poz. 173) art.47 ust.1, pkt.4,

Odbiorcy danych

Odbiorcami Państwa danych osobowych będą:

- podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa (organy ścigania) oraz podmioty u których w ramach realizacji Programu, może zaistnieć konieczność weryfikacji Państwa wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON (instytucje oświatowe, ośrodki pomocy społecznej, ośrodki szkoleniowe);
- PFRON, który przetwarza Państwa dane w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez PCPR oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

Okres przechowywania danych

Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji Państwa wniosków oraz ewentualnie po ich zakończeniu w celu wypełnienia obowiązku prawnego (wyrażonego w przepisach ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz aktach wykonawczych do tej ustawy) ciążącego na PCPR a następnie zostaną usunięte lub przekazane do archiwum państwowego.

Prawa osób, których dane dotyczą

Zgodnie z RODO przysługuje Państwu:

- a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii (art.15 RODO),
- b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych (art.16 RODO),
- c) prawo do usunięcia danych osobowych, gdy dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane lub dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
- d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych (art.18 RODO), z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
- e) prawo do wniesienia skargi na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa,
- f) niepodlegania decyzjom podjętym w warunkach zautomatyzowanego przetwarzania danych, w tym profilowania (art. .22 RODO).

Informacja o wymogu podania danych

Podanie przez Państwa danych jest dobrowolne, jednakże w celu dokonania prawidłowej obsługi Państwa wniosków niezbędne. Brak podania danych, niejednokrotnie może utrudnić lub całkowicie uniemożliwić załatwianie spraw w sposób zgodny z Państwa oczekiwaniami. Przepisy szczególne mogą jednak przewidywać sytuacje w których podanie danych osobowych jest obowiązkowe.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Pieczęć przychodni/gabinetu

**Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie ze środków
PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny****ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA****wydane dla potrzeb PFRON****w celu dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego****(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)**

Imię i nazwisko pacjenta.....

Pesel..... Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....

2. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz chorób współistniejących.....

.....

3. Opis niepełnosprawności związany z trudnościami w poruszaniu się (zakreślić właściwe):

osoba leżąca wymagająca opieki innych osób Tak Nie osoba poruszająca się przy pomocy wózka inwalidzkiego Tak Nie osoba poruszająca się przy pomocy balkonika, kuli, białej laski itp. Tak Nie osoba poruszająca się z pomocą (słowną lub fizyczną) innej osoby Tak Nie 4. **Opis sprzętu rehabilitacyjnego, którego w posiadaniu powinien być Wnioskodawca, u którego zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu (proszę podać nazwę tego sprzętu):**

.....

.....

Sprzęt ten jest niezbędny dla Wnioskodawcy w celu rehabilitacyjnym.

.....

(miejsowość i data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

* zaznaczyć właściwe