

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:	
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie ☐ do rozliczenia dofinansowania ☐ do zawarcia umowy ☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku ☐ do złożenia wniosku ☐ inne

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ 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:	☐ mężczyzna ☐ 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:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:

Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 06-E – epilepsja ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego ☐ 10-N – choroby neurologiczne ☐ 11-I – inne ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
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:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

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

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot

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):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

☐ W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

☐ 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.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO. Klauzula

RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usług doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych
Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

SPRZĘT REHABILITACYJNY – LISTA ZAŁĄCZNIKÓW:

- 1. Orzeczenie bądź dokument równoważny**
- 2. Oferta cenowa lub faktura proforma dotycząca wnioskowanego sprzętu**
- 3. Aktualne zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza: rodzinnego w przypadku ubiegania się o zakup łóżka rehabilitacyjnego; specjalisty - w każdym innym przypadku - wg załącznika**
- 4. Oświadczenie, w którym Wnioskodawca zobowiązuje się do korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego - wg załącznika**
- 5. Oświadczenie RODO - wg załącznika**
- 6. Oświadczenie o przyjęciu do wiadomości terminu rozpatrzenia wniosku - wg załącznika**

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zobowiązuję się do korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego:

(wymienić nazwę sprzętu)

o którego dofinansowanie ze środków PFRON wnioskuję.

.....

(podpis Wnioskodawcy)

(Miejscowość, data)

(Imię, Nazwisko, Adres)

Oświadczenie o przyjęciu do wiadomości terminu rozpatrzenia wniosku

Przyjmuję do wiadomości, że złożony przeze mnie wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dotyczący sprzętu rehabilitacyjnego rozpatrzony będzie po otrzymaniu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szamotułach informacji z Zarządu Funduszu o wielkości środków finansowych przeznaczonych dla Powiatu Szamotulskiego na bieżący rok oraz podjęciu uchwały przez Radę Powiatu określającą zakres realizowanych zadań i wysokości środków na te zadania.

(podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

**Zaświadczenie lekarza specjalisty informujące o rodzaju niepełnosprawności
oraz ze wskazaniem do korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego**
(Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szamotułach)

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- Dysfunkcja narządu ruchu

- osoba leżąca
- osoba na wózku
- osoba poruszająca się wyłącznie przy pomocy przedmiotów ortopedycznych
- osoba z protezą kończyny dolnej
- osoba z dysfunkcją kończyn górnych
- osoba poruszająca się wyłącznie przy pomocy osoby drugiej
- osoba poruszająca się samodzielnie

- Innego rodzaju schorzenia lub dysfunkcje

- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu
- upośledzenie umysłowe
- inne (*jakie?*)

.....
Konieczność zaopatrzenia w sprzęt (*wymienić jaki*)

Uzasadnienie:

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

**Zaświadczenie lekarza rodzinnego informujące o rodzaju niepełnosprawności
oraz ze wskazaniem do korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego**
(Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szamotułach)

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- Dysfunkcja narządu ruchu

- osoba leżąca
- osoba na wózku
- osoba poruszająca się wyłącznie przy pomocy przedmiotów ortopedycznych
- osoba z protezą kończyny dolnej
- osoba z dysfunkcją kończyn górnych
- osoba poruszająca się wyłącznie przy pomocy osoby drugiej
- osoba poruszająca się samodzielnie

- Innego rodzaju schorzenia lub dysfunkcje

- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu
- upośledzenie umysłowe
- inne (*jakie?*)

.....
.....
Konieczność zaopatrzenia w sprzęt (*wymienić jaki*)

Uzasadnienie:.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Imię, Nazwisko, Adres)

OŚWIADCZENIE RODO

Administrator zgodnie z art.13 RODO ¹ informuje, że dane osobowe podane we wniosku będą przetwarzane w celu wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e RODO), na podstawie art. 35a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz dla prawnie uzasadnionych celów administratora w zakresie dochodzenia i obrony roszczeń na podstawie przesłanki art. 6 ust.1 lit. f RODO.

- Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szamotułach z siedzibą ul. Wojska Polskiego 1, 64-500 Szamotuły,
- Podanie danych zawartych we wniosku jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji celu przetwarzania.
- Dla zapewnienia zgodności przetwarzania danych z RODO, Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować drogą mailową iod@szamotuly.pcpr.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora.
- Przysługuje Panu/Pani (z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa), możliwość dostępu do danych osobowych jej dotyczących, żądania ich sprostowania, lub ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
- Szczegółowe informacje dot. przetwarzania danych osobowych, w tym o przysługujących Państwu, w związku z przetwarzaniem danych osobowych uprawnieniach są dostępne pod adresem:

<https://szamotuly.pcpr.pl/rodo/>

.....
(podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)

¹ rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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)