

Data wpływu

Numer wniosku.....

(wypełnia PCPR)

(wypełnia PCPR)

WNIOSEK**O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY**

I. Dane osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko.....

PESEL

Adres zamieszkania (z kodem)

Dowód osobisty seria nr..... wydany przez

.....data wydania.....

Telefon kontaktowy

II.A. Stopień niepełnosprawności⁽¹⁾

1. znaczny / inwalidzi I grupy / osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany / inwalidzi II grupy / osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
3. lekki / inwalidzi III grupy / osoby częściowo niezdolne do pracy,	
osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
4. osoby w wieku do lat 16 którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	

III.B. Rodzaj niepełnosprawności⁽¹⁾

1. schorzenie narządu ruchu	
2. schorzenie narządu wzroku	
3. schorzenie narządów słuchu / mowy / głosu	
4. schorzenie neurologiczne /epilepsja	
5. schorzenie układu oddechowego / krążenia / pokarmowego / moczowo-płciowego	
6. choroba psychiczna / upośledzenie umysłowe	
7. inne: (podać jakie)	

⁽¹⁾wstawić X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

IV. Informacja o wcześniejszym korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie ze środków PFRON				Tak	Nie
Cel /nazwa zadania ustawowego lub nazwa programu	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Kwota przyznana	Stan rozliczenia*	

⁽²⁾rozwiązanie umowy z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy / w trakcie rozliczania / rozliczona / nie rozliczona

V. Przedmiot dofinansowania:

.....
.....

VI. Przewidywany koszt realizacji zadania:

Lp.	Szczegółowy wykaz wnioskowanego sprzętu	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem
Koszt realizacji zadania ogółem:				

VII. łączna kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

cyframi:.....słownie:.....zł

co stanowi% ceny brutto. (maksymalne dofinansowanie ze środków PFRON wynosi 80% wartości wnioskowanego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia).

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

VIII. Cel dofinansowania:

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

IX. Miejsce realizacji zadania:

.....
.....

X. Posiadam / nie posiadam konto bankowe*

Nazwa bankuNr rachunku bankowego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

XI. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika.

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania (z kodem pocztowym).....

.....

Dowód osobisty: seria nrwydany w dniu

przez.....

nr PESEL nr telefonu.....

ustanowiony opiekunem* / pełnomocnikiem..... na mocy:

- postanowienia Sądu Rejonowego z dnia ,sygn.akt.

- pełnomocnictwa z dniarepet. nr

* niepotrzebne skreślić

XII. Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił:

słownie:.....

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.....

XIII. Oświadczam, że mam* / nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

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

XV. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

XVI. KLAUZULA INFORMACYJNA OBOWIĄZUJĄCA W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE W STRYŻÓWIE

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, mające swoją siedzibę przy ul. Parkowa 7, 38-100 Strzyżów (nr telefonu kontaktowego: (17) 22-11-440, fax. (17) 27-61-040, adres poczty elektronicznej email: pcpr@strzyzow.un.pl, Inspektor Ochrony Danych - iod@pcprstrzyzow.pl);
2. Pozyskane dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa wynikającego z art. 6 ust.1 lit c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO – (tj. rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny - na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz przepisów wykonawczych do ww. ustawy);
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (tj. realizacji zadań wynikających z zakresu działalności instytucji);
4. Podanie danych osobowych do spełnienia w/w celu jest wymagane, ponieważ wynika z przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania administracyjnego i realizacji ustawowych zadań ciążących na administratorze;
5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, wynikające z przepisów prawa zawartych w Jednolitym Rzeczym Wykazie Akt obowiązującym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, przez okres wymagany w związku z kategorią archiwalną. Ponadto okres przechowywania może się wydłużyć np. z uwagi na sytuację dochodzenia roszczeń;
6. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
7. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne;
9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana

dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże w przypadku nie udzielenia zgody na ich przetwarzanie nie będzie mogła/mógł Pani/Pan realizować swoich praw wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Oświadczam, że zrozumiałem wszystkie informacje wyżej podane i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści niniejszego wniosku oraz w zakresie niezbędnych potrzeb wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Miejscowość..... data.....
/ czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika/

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub równoważnego) lub w przypadku dziecka orzeczenia o niepełnosprawności wraz z oryginałem do wglądu.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu.(zał. Nr 1)
3. w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej kopia zaświadczenia lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekunem prawnym, a w przypadku pełnomocnika kopia pełnomocnictwa wraz z oryginałem do wglądu.
4. Faktura pro-forma lub oferta cenowa określająca cenę brutto wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.

WYPEŁNIA PCPR:

Sposób rozpatrzenia wniosku:

1. W dniu wniosek został rozpatrzony przez powołaną w tym celu Komisję pozytywnie / negatywnie.

2. Przyznano dofinansowanie w kwocie..... zł

słownie:.....

3. Uzasadnienie negatywnego rozpatrzenia wniosku.....

.....

(sporządził)

.....

(zatwierdził pieczęć i podpis)

Data.....

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie dotyczące zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko.....

PESEL

Adres zamieszkania.....

.....

Rodzaj schorzenia:.....

.....

.....

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego.....

.....

.....

Uzasadnienie celowości zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na poprawę sprawności organizmu osoby niepełnosprawnej /przewidywane efekty/:

.....

.....

.....

.....

Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji **w warunkach domowych** przy użyciu w/w sprzętu?

/ TAK / NIE /

.....

.....

.....

Pieczęć i podpis lekarza specjalisty

DOFINANSOWANIE DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY:

Dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny pomocnicze na podstawie art. 35a, ust. 1, pkt. 7, lit.c, ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. 2018 poz. 511 z późn. zm).

O dofinansowanie może ubiegać się osoba niepełnosprawna stosowanie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności jeżeli:

1. przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:
 - 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.
2. nie ma zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie była stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu.

SPRZĘT REHABILITACYJNY - zgodnie z definicją słownikową, 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.

WYSOKOŚĆ DOFINANSOWANIA ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY WYNOŚI DO 80% KOSZTÓW TEGO SPRZĘTU, NIE WIĘCEJ JEDNAK NIŻ DO WYSOKOŚCI PIĘCIOKROTNEGO PRZECIĘTNEGO WYNAGRODZENIA.