

.....
data wpływu wniosku

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
nr wniosku

**Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
ul. Gołdapska 23, 19-400 Olecko**

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej
(wypełnia osoba niepełnosprawna, przedstawiciel ustawowy – w przypadku małoletniego dziecka, opiekun prawny lub pełnomocnik)

I. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej:

1. Imię i nazwisko :tel.:
2. Adres zamieszkania:
3. Adres do korespondencji :
4. Nr PESEL:
5. Seria i nr dowodu osobistego :
6. Stopień niepełnosprawności * (lub jego odpowiednik w pkt. 1,2,3):
(* proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

1.	Znaczny / I grupa inwalidzka	
2.	Umiarkowany / II grupa inwalidzka	
3.	Lekki / III grupa inwalidzka	
4.	Orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed 01 stycznia 1998 r. albo o niezdolności do samodzielnej egzystencji / orzeczenia KRUS wydane po 01.01.1998 r. nie są podstawą do zaliczenia osoby, której orzeczenie dotyczy, do osób niepełnosprawnych/;	
5.	Orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku osób w wieku do 16 lat	

7. Rodzaj niepełnosprawności *:
(*proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
Inna: jaka?	
.....	

8. Inne osoby niepełnosprawne pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym (imię, nazwisko, stopień i rodzaj niepełnosprawności):

1)

2)

II. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletnich osób niepełnosprawnych), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

1. Imię i nazwisko :

2. Adres zamieszkania :

3. Seria i nr dowodu osobistego :

4. Nr PESEL :

5. Nr telefonu :

W przypadku opiekuna/pełnomocnika*: postanowienie Sądu Rejonowego w

z dnia....., Sygn. Akt.....

/pełnomocnictwo z dnia.....

III. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....

IV. Przedmiot dofinansowania (nazwa sprzętu rehabilitacyjnego):

.....

.....

.....

V. Cel dofinansowania (proszę opisać przewidywany efekt realizacji zadania):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VI. Miejsce realizacji zadania:

.....

VII. Przewidywany koszt realizacji zadania:

Całkowity koszt sprzętu:zł

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 80% kosztów sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia):

..... zł

(słownie złotych:

.....)

VIII. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

Niniejszym oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

		Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (netto)
1.	Osoba niepełnosprawna:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z osobą niepełnosprawną (np. mąż, żona, syn, córka itp.):		x
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
Razem miesięczny dochód rodziny wynosi:		
Liczba osób pozostająca we wspólnym gosp. domowym:		
Przeciętny miesięczny dochód na członka rodziny: (łączy dochód rodziny podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)		

IX. Informacja o dotychczasowym korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

L.p.	Cel dofinansowania	Nr umowy	Kwota i data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia	Umowa wygasła/ została rozwiązana * (wpisać właściwe)
1.					
2.					
3.					
4.					

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym oraz że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych informacji.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować PCPR w Olecku.

.....
(data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej/ przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

X. Pozostałe oświadczenia osoby niepełnosprawnej:

- 1) oświadczam, że **posiadam / nie posiadam** środki własne na realizację wnioskowanego zadania w kwocie stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a kwotą dofinansowania przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (minimum 20% kosztu sprzętu);
- 2) oświadczam, że **posiadam / nie posiadam** wymagalne zobowiązania wobec Funduszu oraz że w ciągu 3 lat nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;
- 3) **przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz że przyznane dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.**

.....
(data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej/przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

*Właściwe zaznaczyć

Załączniki do wniosku :

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia (oryginał do wglądu).
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie (załącznik do wniosku).
3. Sytuacja społeczna i zawodowa osoby niepełnosprawnej (załącznik do wniosku).
4. Oferta cenowa / faktura proforma.

SYTUACJA SPOŁECZNA I ZAWODOWA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ UBIEGAJĄCEJ SIĘ O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Wypełnia Wnioskodawca (przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, pełnomocnik) *

1. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej:
PESEL :
2. Opis sytuacji społecznej i zawodowej:
 - a) sytuacja zawodowa:
 - zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
 - bezrobotny zarejestrowany w urzędzie pracy
 - poszukujący pracy zarejestrowany w urzędzie pracy
 - nieaktywny zawodowo/nieposzukujący pracy
 - rencista/ emeryt
 - dzieci i młodzież do 16. roku życia
 - osoba w wieku 16 – 24 lat, ucząca się lub studiująca
 - uczestnik Warsztatu Terapii Zajęciowej/Środowiskowego Domu Samopomocy/Domu Dziennego Pobytu
 - inna:
 - b) poziom wykształcenia:
 - c) zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych i społecznych:
 - samodzielnie
 - z częściową pomocą osób drugich
 - wyłącznie przy pomocy osób drugichdodatkowe informacje:
.....
.....
 - d) osoba niepełnosprawna korzysta ze świadczeń pomocy społecznej:
 - tak:
 - nie
 - świadczenia pieniężne
 - świadczenia niepieniężne
3. Oczekiwane efekty związane z przyznaniem dofinansowania:
 - większa samodzielność w wykonywaniu czynności życia codziennego
 - zwiększenie możliwości udziału w życiu społecznym
 - zwiększenie szans na aktywizację zawodową/utrzymanie aktywności zawodowej
 - większe bezpieczeństwo osoby niepełnosprawnej i jej otoczenia
 - inne, jakie:

Data:

.....
podpis wnioskodawcy (przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika)

* właściwe zaznaczyć

.....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

..... dn.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Adres:

Rodzaj schorzenia * :

- choroby neurologiczne
- narząd wzroku
- układ ruchu
- układ krążenia
- układ oddechowy
- Inne (jakie?):

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

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego, o który ubiega się osoba niepełnosprawna:

.....
.....

Czy istnieje konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny oraz potrzeba rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu, o który ubiega się osoba niepełnosprawna? Jakiej są przewidywane efekty rehabilitacji?:

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

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza - specjalisty)

* właściwie zaznaczyć

KLAUZULA INFORMACYJNA

OGÓLNA DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W OLECKU

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO), informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku z siedzibą przy ul. Gołdapskiej 23, 19-400 Olecko, adres e-mail: centrum@pcpr.olecko.pl, tel. 87 520 34 30.

W sprawie danych osobowych możesz kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, adres e-mail:

iod@pcpr.olecko.pl

Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

Dane osobowe będą zbierane i przetwarzane są w celu udzielenia Pani/Panu pomocy i wsparcia wynikającego z realizowanych zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji w/w celu.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres: od zebrania do czasu wskazanego w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt, tj. od 5 do 50 lat.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania i niepodlegania profilowaniu.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.

Decyzje związane z przetwarzaniem danych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany.

Administrator Danych Osobowych
Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy (przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika)