

.....  
(data wpływu do PCPR)

**RS.40120.....2021**

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny**

**Informacje o wnioskodawcy:**

**telefon.....**

**1. Imię i Nazwisko.....**

Adres zamieszkania:.....

PESEL:.....

Dowód osobisty: seria..... nr.....wydany w dniu.....

Przez.....

Stopień niepełnosprawności.....

Rodzaj niepełnosprawności.....

Nazwa wnioskowanego **sprzętu rehabilitacyjnego:**

.....

**2. Kosztorys sprzętu rehabilitacyjnego:**

Całkowity koszt urządzenia w zł.....

Własne środki przeznaczone na realizację zadania w zł.....

Kwota wnioskowana ze środków PFRON w zł.....

**3.Informacja o wcześniejszym korzystaniu ze środków PFRON z PCPR lub innej jednostki przed złożeniem wniosku: TAK/NIE**

LP.	Rodzaj dofinansowania	Kwota Dofinansowania	Nr umowy i data przyznania dofinansowania	Rozliczono Tak / NIE
1				
2				
3				
4				

**4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:**

**5.Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania, krótkie uzasadnienie:**

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

## 6. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego

### Wnioskodawcy) opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

Imię i Nazwisko.....

Dowód osobisty : seria .....nr..... wydany w dniu.....

Przez.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania.....

Ustanowiony opiekunem prawnym/ pełnomocnikiem.....

Postanowienie Sądu z dnia.....syg. akt .....

lub na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez uprawnione organy

.....

## 7. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą.

LP.	Nazwisko Imię	Pokrewieństwo	Dochód miesięczny netto
1		- wnioskodawca	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
Razem			

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

Uprowadzony o odpowiedzialności wynikającej z art.233 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6.06.1997 r.- Kodeks Karny(tekst jednolity Dz.U. z 2018r. poz.1600, 2077) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

**Uprowadzony o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania zgodnie z wyżej wymienionym art. Kodeksu Karnego oświadczam, że:**

**- mam zaległości lub zobowiązania wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób**

**Niepełnosprawnych TAK/NIE \***

**- byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po**

**mojej stronie TAK/NIE \***

\* niepotrzebne skreślić

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych ( tekst jednolity Dz. U.z 2016 r. poz.992, z 2018r. poz. 138, 723)

Prawidłowość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
(data)

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

### **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych, w tym danych „szczególnych kategorii”**

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie zwanym dalej PCPR, z siedzibą w Starachowicach, w celu realizacji przez PCPR ustawowych zadań dotyczących Pana/Pani osoby lub sprawy, które Pan/Pani przekazał/a nam w składanym wniosku/dokumentacji/oświadczeniu, w tym danych o Pana/Pani stanie zdrowia,

Ponieważ dane szczególnych kategorii w tym dotyczące zdrowia/inne chronione są szczególnie, musimy prosić Pana/Panią o wyrażenie wyraźnej zgody na ich przetwarzanie.

Prosimy, wyraźnie potwierdzić (postawić znak krzyżyk przy właściwej odpowiedzi), że zgadza się Pan/Pani, abyśmy przetwarzali podane przez Pana/Panią dane, o których mowa wyżej:

NIE

Nie zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane, o których mowa wyżej, w tym dane szczególnych kategorii, w powyżej wskazanych celach.

TAK

Tak, zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane, o których mowa wyżej, w tym dane szczególnych kategorii, w powyżej wskazanych celach.

### **Klauzula informacyjna:**

Zgodnie z art.13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, iż:

- 1) administratorem Pana/Pani danych osobowych jest PCPR z siedzibą w Starachowicach,
- 2) inspektorem ochrony danych osobowych jest Pan Michał Stępień ([m.stepien@pcpr.starachowice.pl](mailto:m.stepien@pcpr.starachowice.pl), tel. 412748806),
- 3) Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji przez PCPR ustawowych zadań dotyczących Pana/Pani osoby lub sprawy na podstawie Pana/Pani zgody (podstawa z art.6 ust.1 RODO),
- 4) odbiorcą Pana/Pani danych osobowych będą pracownicy PCPR\członkowie komisji ds. rozpatrywania wniosków,
- 5) Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do celów realizacji Pana/Pani sprawy oraz wymagany prawem okres archiwizacji dokumentów,
- 6) posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, a także otrzymania kopii oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- 7) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do PUODO gdy uzna, iż przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 8) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia sprawy, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa jej wszczęcia.

.....  
data

.....  
czytelny podpis

## Załączniki do wniosku:

1. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wnioskodawcy i osób z nim wspólnie zamieszkałych (jeżeli także są osobami niepełnosprawnymi), bądź kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1.01.1998 r. (oryginał do wglądu).
2. Zaświadczenie lekarza specjalisty uzasadniające posiadanie wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego przez wnioskodawcę.
3. Zaświadczenie o dochodach (wszelkie dochody podlegające opodatkowaniu i nie podlegające opodatkowaniu) Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą - dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (zaświadczenie z zakładu pracy, odcinki emerytury, renty bądź decyzje z ZUS o wysokości tych świadczeń) – tylko do wglądu.
4. Kopie decyzji świadczeń pobieranych z MOPS, GOPS, alimenty otrzymywane, alimenty z funduszu alimentacyjnego, wszelkie stypendia – tylko do wglądu.
5. Zaświadczenie z Urzędu Gminy lub Miasta o posiadaniu gospodarstwa rolnego i wysokości dochodu z niego - tylko do wglądu.
6. Dokumenty potwierdzające pobieranie z Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa dopłat Unijnych do posiadanego gospodarstwa rolnego – tylko do wglądu.
7. Oferta handlowa lub faktura pro-forma potwierdzająca koszt sprzętu rehabilitacyjnego.
8. Kopia Postanowienia Sądowego dla wnioskodawców częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionych (oryginał do wglądu).

## Informacje dla wnioskodawcy:

1. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przez wnioskodawcę przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
2. Jeżeli wnioskodawca nie może osobiście podpisać wniosku w siedzibie PCPR to podpis składa jego opiekun prawny w oparciu o Pełnomocnictwo udzielone przez wnioskodawcę i poświadczone przez uprawnione organy.  
W przypadku osoby małoletniej podpis na wniosku składa jej przedstawiciel ustawowy.

Adnotacje przyjmującego wniosek

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

Opinia o przyznaniu dofinansowania

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

.....  
(data)

.....  
( podpis Dyrektora PCPR)

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM  
POMOCY RODZINIE  
(dla celów dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków PFRON)**

Nazwisko Imię.....

PESEL.....

Seria i nr dowodu osobistego.....

Adres zamieszkania.....

Przedmiot dofinansowania:(odpowiednie zaznaczyć)

- 1. rowerek rehabilitacyjny stacjonarny
- 2. rotor
- 3. rękaw rehabilitacyjny
- 4. orbitrek
- 5. steper
- 6. bieżnia
- 7. inne( jakie):.....

Opis schorzenia podstawowego:.....

Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu  
wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego:

TAK  NIE

Czy istnieją przeciwwskazania do stosowania wnioskowanego sprzętu:

TAK  NIE

**Uzasadnienie** konieczności zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze względu na potrzeby wynikające z  
niepełnosprawności. W jaki sposób wnioskowany sprzęt wpłynie na poziom funkcjonowania, jakość życia i  
integrację społeczną osoby niepełnosprawnej.

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza specjalisty)