

Data wpływu:

Nr sprawy:

## WNIOSEK

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

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCYROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	
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:	

<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	

<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<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

<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<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
<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 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**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:</b>	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Miejsce realizacji:</b>	
<b>Cel dofinansowania:</b>	

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

### PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany koszt:	
Wnioskowana kwota:	
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:	

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

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: ..... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

**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,
- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz 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,
- nie ubiegam się i nie będę ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON na terenie innego samorządu powiatowego,
- zapoznałem/am i akceptuję zasady i warunki przyznawania dofinansowania.

Wniosek, Rehabilitacja społeczna – Sprzęt rehabilitacyjny – osoba indywidualna

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 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. Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie. 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 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 usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych. 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. 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. Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Czytelny podpis Wnioskodawcy</i>

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	

### Załączniki do wniosku:

1. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności Wnioskodawcy (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)



## Informacja o przetwarzanych danych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust.2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej RODO) informuję, że od dnia 25 maja 2018 roku przysługują Osobie określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem danych:

1. **Administratorem Pani/Pana danych jest** Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Starachowicach, którego siedziba jest w Starachowicach, ul. Złota 6, 27 - 200 Starachowice;  
e-mail: [sekretariat@pcpr.starachowice.pl](mailto:sekretariat@pcpr.starachowice.pl) tel. 41 274 88 06
  2. **Powołany jest Inspektor Ochrony Danych Osobowych:**  
Można się z nim skontaktować **w formie pisemnej na adres:**
    - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Złota 6 27-200 Starachowice,
    - e-mail: [iod@pcpr.starachowice.pl](mailto:iod@pcpr.starachowice.pl),
    - telefonicznie: 41 274 88 06,
  1. **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Starachowicach przetwarza Pani/Pana dane zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w celu wykonywania zadań ustawowych w zakresie: wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, pomocy społecznej, przeciwdziałaniu przemocy domowej oraz dofinansowań z zakresu rehabilitacji społecznej - na podstawie:**
    - > Ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
    - > Ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej,
    - > Ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej,
    - > Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
    - > Ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego.
  1. **W związku z przetwarzaniem danych w celach określonych w pkt 3 Pani/Pana dane będą udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych.**  
Odbiorcami Pani/Pana danych będą:  
1) Pani/Pan jako Strona postępowania, jako Wnioskodawca, Pani/Pana Pełnomocnicy,  
2) Członkowie komisji do spraw rozpatrywania wniosków.  
**Uwaga:** Organy publiczne, które mogą otrzymywać Pani/Pana dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, nie są uznawane za odbiorców.
  2. **Okres przechowywania danych osobowych:**  
Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w pkt. 3 celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt.
  3. **W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Starachowicach Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu:**
    - > prawo dostępu do swoich danych osobowych,
    - > prawo do ograniczenia ich przetwarzania,
    - > prawo do sprostowania swoich danych osobowych,
    - > prawo do przenoszenia swoich danych,
    - > prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
- Uwaga:** pozytywne rozpatrzenie Pani/Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych lub prawa do przeniesienia danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie.
1. **W przypadku przetwarzania danych w oparciu o zgodę,** przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
  2. **W przypadku uznania, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO,** przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
  3. **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest:**
    - > dobrowolne, oraz konieczne celem załatwienia sprawy,
    - > wymogiem ustawowym.
  1. **Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.**
  2. **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**  
Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

.....  
(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. stepper
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)

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