

(pieczęć) PCPR w Przasnyszu	(data wpływu wniosku)	Nr sprawy: PCPR.642. .202...
--------------------------------	-----------------------	--

Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

WNIOSEK – część A (wypełnia wnioskodawca)

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

(należy zaznaczyć właściwe pola przez wypełnienie pola ☐)

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ/ DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO	
Imię/imiona..... Nazwisko.....	
Data urodzenia - - , miejscowość, (dzień – miesiąc - rok) (miejsce urodzenia)	
Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna	PESEL
Kontakt telefoniczny: nr kier (.....) nr telefonu stacjonarnego nr tel. komórkowego:.....	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA Kod pocztowy - (poczta) Miejscowość Ulica Nr domu nr lok. Powiat Województwo	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) Kod pocztowy - (poczta) Miejscowość Ulica Nr domu nr lokalu Powiat Województwo
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pcpr-przasnysz.pl

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE RODZICA DZIECKA / OPIEKUNA PRAWNEGO/ PEŁNOMOCNIKA

Imię/imiona..... Nazwisko.....

Data urodzenia - - , miejscowość
(dzień – miesiąc - rok) (miejsce urodzenia)

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL

MiejscowośćUlica

Nr domu Nr lok.Powiat

Województwo nr tel.

Ustanowiona/y Opiekunem/ Pełnomocnikiem* postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia
..... sygnatura akt.....

Na mocy pełnomocnictwa* potwierdzonego przez Notariusza

.....z dnia

repet. nr

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	☐ znaczny stopień	☐ I grupa inwalidzka
☐ całkowita niezdolność do pracy	☐ umiarkowany stopień	☐ II grupa inwalidzka
☐ częściowa niezdolność do pracy	☐ lekki stopień	☐ III grupa inwalidzka
☐ orzeczenie o niepełnosprawności, dotyczy dziecka do 16 roku życia		

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ☐ bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie:	☐ obu kończyn górnych	☐ jednej kończyny górnej
☐ obu kończyn dolnych	☐ jednej kończyny dolnej	☐ innym
☐ Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego		

☐ **NARZĄD WZROKU 04-O**

☐ osoba niewidoma

☐ osoba niedowidząca

☐ osoba głuchoniewidoma

* właściwe zaznaczyć

☐ INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):				
☐ 01- U upośledzenie umysłowe	☐ 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ - OSOBA GŁUCHA	☐ 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	☐ 09- M choroby układu moczowo - pęciowego	☐ 11- I inne
☐ 02- P choroby psychiczne	☐ 06- E epilepsja	☐ 08- T choroby układu pokarmowego	☐ 10- N choroby neurologiczne	☐ 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY				
☐ niezatrudniona/y ☐ bezrobotna/y ☐ poszukująca/y pracy ☐ staż zawodowy ☐ rencista				
☐ zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy ☐ zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy ☐ zatrudniona/y lub prowadzący działalność gospodarczą albo rolniczą ☐ emeryt				
☐ nie zarejestrowany ☐ nie zarejestrowany ☐ nie dotyczy				
ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ				
☐ podstawowe	☐ gimnazjalne	☐ zawodowe		
☐ średnie ogólne	☐ średnie zawodowe	☐ policealne		
☐ wyższe	☐ inne, jakie:			
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ				
☐ SZKOŁA PODSTAWOWA	☐ KOLEGIUM	☐ INNA, jaka:		
☐ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	☐ STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	☐ TECHNIKUM		
☐ SZKOŁA POLICEALNA	☐ STUDIA PODYPLOMOWE	☐ INNA, jaka:		
☐ LICEUM	☐ STUDIA DOKTORANCKIE			

2. Nazwa banku i numer rachunku bankowego wnioskodawcy (w przypadku osoby małoletniej - opiekuna prawnego / przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika)

Nazwa banku
Numer rachunku bankowego

[illegible]

4. Cel dofinansowania – wykaz planowanych zakupów, w celu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (w kolejności od najważniejszego dla wnioskodawcy):

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

5. Miejsce realizacji dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:

.....

6. Przewidywany koszt realizacji zadania:

Koszt zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny	Kwota w złotych
Łączny koszt wnioskowanego przedsięwzięcia zakupu	□□.□□□,□□ zł.
Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (maksymalnie 80%)	□□.□□□,□□ zł.
Udział własny wnioskodawcy (minimalnie 20%)	□□.□□□,□□ zł.

7. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON, w tym poprzez Oddziały PFRON, PCPR lub MOPR?						tak ☐	nie ☐
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Wnioskodawca (Imię i nazwisko wnioskodawcy/ imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
Razem uzyskane dofinansowanie:							

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak ☐ nie ☐

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

Oświadczam, że:

- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania dofinansowania do **zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**, które przyjmuję do wiadomości i stosowania,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w przedsięwzięciu /zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 20 % ceny brutto**),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania dofinansowania ze środków PFRON, w ramach dofinansowania do **zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny** oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych:
 - w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172 ze zm.),
 - rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015, poz. 926) także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż dofinansowanie do **zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny** nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy ze starostą.
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek bankowy wnioskodawcy, sprzedawcy przedmiotu zakupu, wykonawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury/ rachunku.

..... dnia

.....
podpis Wnioskodawcy

10. Załączniki: wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PCPR W Przasnyszu (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	☐	☐	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR.	☐	☐	
4.	Zaświadczenie lekarskie wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)	☐	☐	
5.	Oświadczenie wnioskodawcy o posiadaniu środków na wkład własny (sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4)	☐	☐	
6.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
7.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
8.	Dokumenty potwierdzające finansowanie zadania z innych źródeł – w przypadku gdy takie występują	☐	☐	
9.	Proforma faktury lub kosztorys wnioskowanego sprzętu , urządzenia, wykonania usługi itp. (wraz z konkretnym modelem)	☐	☐	
10.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	

Do wglądu oryginał wszystkich dokumentów oraz dowód osobisty.

2. Decyzja dotycząca wniosku Nr PCPR.642. .202 .

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY**

pozytywna: ☐ negatywna: ☐

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI 80 % NIE WIĘCEJ NIŻ DO KWOTY (w zł.):

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy.

.....20..... r.

data

.....

podpisy osoby/osób podejmujących decyzję

Ja niżej podpisany/-a
zam.....

str. 9

Załącznik Nr 2 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny .

Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Powiat Przasnyski, w imieniu którego występuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych Wnioskodawcy, którego reprezentuję*, tj. danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez administratora, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, adres: ul. Św. St. Kostki 5, 06-300 Przasnysz, w celu kontaktu telefonicznego oraz wypłaty dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

Obowiązek informacyjny o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu jest Dyrektor dane kontaktowe Administratora Danych Osobowych: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, ul. Św. St. Kostki 5, 06-300 Przasnysz, tel. 29 752-25-14 wew. 118 lub 511-951-468.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu. Kontakt z nim możliwy jest pod numerem telefonu 29 752 22 70 lub adresem e-mail: iod@powiat-przasnysz.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe, przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań i obowiązków Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. a, lit. b, lit. c, lit. e RODO; ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiat, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym oraz innych ustaw i aktów wykonawczych regulujących wypełnianie zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane w ograniczonym zakresie mogą być również przekazane podmiotom realizującym zadania na rzecz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
5. Czas przechowywania Pani/Pana danych osobowych jest określony prawem, zgodnie z przepisami kancelaryjno – archiwalnymi Administratora oraz Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane i czasie wskazanym przepisami prawa.
6. Każdej osobie, której dane przetwarzane są w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, przysługuje prawo do: dostępu do danych, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, oraz usunięcia, jeśli pozwalają na to przepisy prawa.
7. W przypadku przetwarzania danych osobowych w oparciu o „Wyrażenie Zgody” informuję, że zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres: 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.
9. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami prawa jest konieczne do realizacji ustawowych celów i zadań Administratora. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania. W pozostałych przypadkach podanie danych jest dobrowolne.
10. Administrator danych osobowych nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
11. Podanie danych nie skutkują zautomatyzowaną oceną czynników osobowych i tym samym nie podlega profilowaniu.
12. Administrator danych osobowych dokłada wszelkich starań, aby zapewnić odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.

Oświadczam, że zapoznałam/em się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

* Właściwe zaznaczyć

Załącznik Nr 3 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

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

Zaświadczenie wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu – dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Choroby współistniejące.....

.....

.....

**Zachodzi*/ nie zachodzi* potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu
sprzętu (wymienić jakiego)**

.....

Jeżeli zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych, to proszę uzasadnić:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

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

***Niewłaściwe skreślić**

**Załącznik Nr 4 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY
o posiadaniu środków na wkład własny**

(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON)

dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu w celu dofinansowania zaopatrzenia
w sprzęt rehabilitacyjny.

Niniejszym oświadczam, że Ja
(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania.

**Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że maksymalna wysokość dofinansowania ze
środków PFRON wynosi 80 % kosztów uznanych przez PCPR.**

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

.....
(data i podpis wnioskodawcy/ pełnomocnika
/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego)