



**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH**

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: [www.pcprkartuzy.pl](http://www.pcprkartuzy.pl) email: [sekretariat@pcprkartuzy.pl](mailto:sekretariat@pcprkartuzy.pl)

.....  
Nr sprawy (wypełnia pracownik PCPR)

.....  
Data wpływu wniosku

**Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON**  
**zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej**

**1. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek:**

Imię i nazwisko ..... .....	PESEL .....
Adres zamieszkania ..... .....	
Adres zameldowania ..... .....	
Adres korespondencyjny (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania) ..... .....	
Seria i numer dowodu osobistego .....	Kiedy i przez kogo został wydany ..... .....

**2. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej:**

Imię i nazwisko .....
Adres zamieszkania .....
Numer PESEL .....
Seria i numer dowodu osobistego ..... wydanego przez .....
..... w dniu .....
<input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> pełnomocnik
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....
sygnatura akt.....
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza.....
..... dnia .....nr repertorium.....



**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH**

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: [www.pcprkartuzy.pl](http://www.pcprkartuzy.pl) email: [sekretariat@pcprkartuzy.pl](mailto:sekretariat@pcprkartuzy.pl)

**3. Określenie stopnia niepełnosprawności:** (zaznacz właściwe)

- stopień znaczny (I grupa), niezdolność do samodzielnej egzystencji
- stopień umiarkowany (II grupa), całkowita niezdolność do pracy
- stopień lekki (III grupa), częściowa niezdolność do pracy
- osoba niepełnosprawna w wieku do lat 16

**4. Rodzaj niepełnosprawności:** (wymienić schorzenie)

.....

**5. Przedmiot dofinansowania:**

.....

.....

.....

**6. Kwota wnioskowanego dofinansowania (do 80% kosztów tego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia):**

.....zł słownie .....

**7. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (zaznacz właściwe)  TAK  NIE**

Jeżeli tak, to proszę wypełnić poniższą tabelkę:

Lp.	Rodzaj dofinansowania	Zakres przedmiotowy umowy	Rok zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania
1	Likwidacja barier architektonicznych			
2	Likwidacja barier w komunikowaniu się			
3	Likwidacja barier technicznych			
4	Zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny			
5	Program PFRON ..... .....			

RAZEM: kwota ..... zł



## POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: [www.pcprkartuzy.pl](http://www.pcprkartuzy.pl) email: [sekretariat@pcprkartuzy.pl](mailto:sekretariat@pcprkartuzy.pl)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 k.k. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 k.p.a. za składnie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

### 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 wyniósł ..... zł  
słownie:.....zł

**UWAGA!** Do dochodu nie wlicza się świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku i dodatku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych

- liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....
- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- adres podany we wniosku jest stałym miejscem zamieszkania osoby niepełnosprawnej,

**Uwaga: złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.**

**Zakupy dokonane przed podpisaniem umowy nie podlegają dofinansowaniu.**

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy\*, przedstawiciela  
ustawowego\*, opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)

### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Administrator Danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. art. 7 ust. 3, informuje o możliwości wycofania zgody udzielonej na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu ułatwienia kontaktu w sprawach wynikających z obowiązku prawnego realizowanych przez Administratora Danych, **DOBROWOLNIE WYRAŻAM ZGODĘ** na przetwarzanie moich danych osobowych tj.:

Numer telefonu .....

.....  
(data i czytelny podpis )



## POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: [www.pcprkartuzy.pl](http://www.pcprkartuzy.pl) email: [sekretariat@pcprkartuzy.pl](mailto:sekretariat@pcprkartuzy.pl)

---

### Załączniki do wniosku:

1. kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności a w przypadku dziecka kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności
2. oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
3. aktualne zaświadczenie lekarskie uzasadniające konieczność zakupu wnioskowanego sprzętu oraz konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych wg załącznika nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej,
4. oferta cenowa sprzętu rehabilitacyjnego , faktura pro-forma lub inny dokument potwierdzający podany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania (w szczególnych przypadkach, PCPR może żądać od wnioskodawcy kilku ofert cenowych),
5. w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (**oryginał do wglądu**),
6. w przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza (**oryginał do wglądu**).



## POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: [www.pcprkartuzy.pl](http://www.pcprkartuzy.pl) email: [sekretariat@pcprkartuzy.pl](mailto:sekretariat@pcprkartuzy.pl)

### KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**.

1. Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, sekretariat@pcprkartuzy.pl
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@pcprkartuzy.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych związanym m.in. z udzieleniem dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych dla osoby niepełnosprawnej.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
5. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych.
6. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
7. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
10. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa 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.
11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
12. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

.....  
data i czytelny podpis



**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH**

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: [www.pcprkartuzy.pl](http://www.pcprkartuzy.pl) email: [sekretariat@pcprkartuzy.pl](mailto:sekretariat@pcprkartuzy.pl)

Załącznik nr 1  
do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON  
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Imię i nazwisko

.....

zamieszkała (y).....

istnieje konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w postaci

.....

.....

oraz konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych ze względu na:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)