



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 email: 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..... dnianr repertorium.....

3. Określenie stopnia niepełnosprawności: (zaznacz właściwe)



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 email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

- 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

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



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 email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

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)



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**).

SPRZĘT REHABILITACYJNY - zgodnie z definicją słownikową, to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej. Jest to sprzęt służący do usprawniania zaburzonych funkcji organizmu lub wspomagający proces rehabilitacji.

Sprzęt rehabilitacyjny, to urządzenia i sprzęty zalecone przez lekarza, niezbędne do rehabilitacji w warunkach domowych, nieobjęte ubezpieczeniem zdrowotnym Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Sprzęt rehabilitacyjny traktowany jest w przepisach odmiennie niż wyroby medyczne - nie ma określonego katalogu sprzętów rehabilitacyjnych. Do sprzętu rehabilitacyjnego zaliczamy m. in.: rowery rehabilitacyjne stacjonarne magnetyczne, materace do rehabilitacji, piłki i wałki rehabilitacyjne, drabinki, itp.



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 email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach**.

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, e-mail: 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 zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.
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 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
6. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
7. 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.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
9. 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.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
11. 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 email: 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:

.....
miejscowość, data

.....
(pieczętka i podpis lekarza)