

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich
ul. Spółdzielcza 3, 26-200 Końskie

.....
Nr wniosku

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu kompletnego wniosku

Wniosek
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych, zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla osoby niepełnosprawnej
(dla osób fizycznych)

I. Informacja o Wnioskodawcy:

1. Osoba niepełnosprawna:

Imię i nazwisko

Zamieszkała/y (kod, miejscowość, ulica, nr domu/lokalu)

.....

powiat województwo

Numer PESEL

Numer telefonu

Nr rachunku bankowego

Rodzaj i stopień niepełnosprawności

2. Przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny (w przypadku małoletniego Wnioskodawcy)/pełnomocnik:

Imię i nazwisko

Zamieszkała/y (kod, miejscowość, ulica, nr domu/lokalu)

.....

powiat województwo

Numer PESEL

Numer telefonu

Nr rachunku bankowego

.....

3. Ustanowiony opiekun prawny/pełnomocnik:

Imię i nazwisko

Zamieszkała/y (kod, miejscowość, ulica, nr domu/lokalu)

.....

powiat województwo

Ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego w

z dn. Sygn. Akt

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dn. Repet. nr

II. Informacja o przedmiocie wniosku:

1. Nazwa i rodzaj sprzętu
2. Przeznaczenie sprzętu rehabilitacyjnego, na jaki Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie:
3. Przewidywany koszt zakupu sprzętu, wraz z jego instalacją zł
(słownie:).
4. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania zł
(słownie:).
5. Miejsce docelowe sprzętu rehabilitacyjnego objętego wnioskiem
6. Czy Wnioskodawca ma dostęp do korzystania z wnioskowanego sprzętu poza domem, tj.:
w placówkach, ośrodkach rehabilitacyjnych na terenie miasta, powiatu: **tak/nie.*** Jeżeli
tak, proszę podać gdzie i w jakiej odległości od miejsca zamieszkania, a jeżeli nie, proszę
podać dlaczego:

7. Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia (wraz z montażem), pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania.

- właściwe zaznaczyć

III. Informacje uzupełniające:

1. Czy w okresie ostatnich 3 lat Wnioskodawcy zostały przyznane środki Funduszu? (tak/nie*). Jeśli tak proszę wskazać:

Numer umowy	Kwota dofinansowania	Cel na jaki przyznano dofinansowanie	Data umowy (przynajmniej rok)	Stan rozliczenia

2. Czy z Wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym zamieszkuje inna osoba niepełnosprawna? (tak/nie*)
3. Czy Wnioskodawca ma zaległości w terminowym regulowaniu wymaganych zobowiązań wobec PFRON? (tak/nie*). Jeżeli tak, to proszę podać z jakiego tytułu
4. Czy wcześniej zawarta przez Wnioskodawcę umowa ze środków PFRON nie została zerwana z winy Wnioskodawcy? (tak/nie*). Jeżeli tak, proszę podać numer umowy, kwotę przyznanego dofinansowania, cel i datę przyznania, oraz stan rozliczenia

* właściwe zaznaczyć

IV. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Ja niżej podpisany(a)

(imię i nazwisko)

zamieszkały(a)

(miejscowość)

ulicanr domu nr lokalu

oświadczam, że wraz razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Miesięczny dochód netto*
Dane dotyczące Wnioskodawcy:				
1.			-	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
9.				
10.				
Razem:				

Oświadczam, że w okresie trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku przeciętny dochód netto* przypadający na jedną osobę w mojej rodzinie wyniósł:złotych
(słownie:.....)
.....)

** miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek, dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych, chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za okres ostatnich trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 roku, poz. 926 z późniejszymi zmianami).*

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks karny (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 roku, poz. 1950 z późniejszymi zmianami) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni.

Uwaga:

W przypadku podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonywania przez PCPR płatności tych środków.

.....
Data

.....
Miejscowość

.....
Podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego/
pełnomocnika

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego dokumentu poświadczającego rodzaj i stopień niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
2. Dokumenty potwierdzające wysokość miesięcznych dochodów netto Wnioskodawcy i osób wspólnie gospodarujących z Wnioskodawcą za trzy miesiące poprzedzające miesiąc złożenia wniosku.
3. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające zasadność użycia wnioskowanego sprzętu w warunkach domowych, w związku z rodzajem niepełnosprawności.
4. Oferty cenowe sprzętu (przynajmniej dwie). Oferta winna wyszczególniać nazwę, model sprzętu oraz wartość brutto. Oferta winna być opatrzona pieczęcią sklepu z którego jest pobierana.

ADNOTACJE PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

Potwierdzam dołączenie wymaganego kompletu dokumentów:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak / nie*	Uzupełniono tak / nie*	Data uzupełnienia
1.	Kopia aktualnego dokumentu poświadczającego rodzaj i stopień niepełnosprawności (oryginał do wglądu).			
2.	Dokumenty potwierdzające wysokość miesięcznych dochodów netto Wnioskodawcy i osób wspólnie gospodarujących z Wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku			
3.	Zaświadczenie lekarskie potwierdzające zasadność użycia wnioskowanego sprzętu w warunkach domowych, w związku z rodzajem niepełnosprawności (ważne 3 miesiące od daty wystawienia)			
4.	Oferty cenowe sprzętu (przynajmniej dwie)			

* wpisać właściwe

.....
Data

.....

Imię i nazwisko
przyjmującego wniosek

.....
Podpis

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć pracownika
dokonującego oceny

DECYZJA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie podejmuje decyzję pozytywną/negatywną*
i przyznaje/nie przyznaje* środki PFRON w kwocie.....zł.,
słownie
.....
na dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla Pani/Pana
.....

.....
data (dzień, miesiąc, rok)

.....
pieczęć PCPR

.....
pieczęć i podpis
Dyrektora PCPR

* niepotrzebne skreślić

.....
miejscowość i data

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres

OŚWIADCZENIE

Zapoznany z treścią art. 233 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jednolity: Dz.U. z 2018 roku, poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam że:

1. Mam / nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (byłem/am)/(nie byłem/am) w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.*
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o zasadach dofinansowania i rozliczenia środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przyznanych do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, i że **dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionego przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.**

.....
podpis

*niepotrzebne skreślić

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

- Stosownie do treści art. 6 ust. 1 lit. a 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) wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych
w niniejszym formularzu oraz danych osobowych członków rodziny i osób najbliższych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym mojego wniosku.
- Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
- Znam treść klauzuli informacyjnej, w tym celu i sposobu przetwarzania danych osobowych oraz prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania oraz możliwości wycofania zgody w dowolnym momencie.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

(stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego dla osób
niepełnosprawnych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wydane na potrzeby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich)

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Stwierdza się potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu
sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego poniżej:

TAK

NIE

Rodzaj zalecanego **sprzętu rehabilitacyjnego** związanego z indywidualnymi potrzebami
wynikającymi z niepełnosprawności:

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

Krótkie uzasadnienie niniejszej potrzeby użycia zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego:

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

.....
data

.....
(Pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z 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) – Dz.Urz.Ue.L 2016 Nr 119, str.1 informuję, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**, reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą w Końskich przy ul. Spółdzielczej 3. Może się Pan/Pani z nami kontaktować poprzez numer telefonu **41 372-84-06** lub adres email: **sekretariat@koneckipcpr.pl**,
- 2) może się Pani/Pan skontaktować z naszym inspektorem danych osobowych pod numerem telefonu **41-372-84-06** bądź adresem e-mail: **iod@koneckipcpr.pl**,
- 3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych,
- 4) Dane osobowe przetwarzane są na podstawie:
 - a. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
 - b. ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
 - c. ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
 - d. ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.
- 5) Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione organom władzy na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom współpracującym z administratorem w zakresie obsługi administracyjnej, informatycznej, prawnej, księgowej,
- 6) przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wykonania obowiązków prawnych nałożonych na Administratora Danych,
- 7) Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych,
- 8) Pani/Pana dane osobowe będą przez nas przetwarzane zgodnie z przepisami prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania i przechowywane zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzeń wykonawczych zgodnie z nadaną dokumentacji kategorią archiwalną,
- 9) Ma Pani/Pan prawo do:
 - a. żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
 - b. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;
 - c. przenoszenia swoich danych osobowych;
 - d. cofnięcia zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w dowolnym momencie;
 - e. wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 10) Podanie przez Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a ich nie podanie uniemożliwi wypełnienie obowiązku prawnego nałożonego na Administratora Danych,
- 11) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.