

Data wpływu:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
w Jaśle  
ul. Rynek 18, 38-200 Jasło  
Tel/fax 013- 448- 34 40



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Nr sprawy:

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

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Imię:		Drugie imię:	
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
PESEL:		Data urodzenia:	

**ADRES ZAMIESZKANIA**

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

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Imię:		Drugie imię:	
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
PESEL:		Data urodzenia:	

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

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

## STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
<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>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"/> <i>osoba głucha</i> <input type="checkbox"/> <i>osoba głuchoniema</i> <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> <i>osoba niewidoma</i> <input type="checkbox"/> <i>osoba głuchoniewidoma</i> <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> <i>wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</i> <input type="checkbox"/> <i>dysfunkcja obu kończyn górnych</i> <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):</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

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON:  tak  nie

**CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON**

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

**Przedmiot wniosku**

Nazwa pola	Wartość
<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>	
<b>Uzasadnienie:</b>	

**FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko, adres zamieszkania):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

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?.....

## OŚWIADCZENIA

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: .....

Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, ani 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.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprowadzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. 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.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

### KLAUZULA INFORMACYJNA

od 25 maja 2018 r.

zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Jasle (PCPR) jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jasle reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą przy ul. Rynek 18, 38 - 200 Jasło, Dane kontaktowe: dyrektor@pcprjaslo.info, tel.: 13 448 34 40. Dane kontaktowe do Inspektora ochrony danych osobowych: [iod@bdo24.eu](mailto:iod@bdo24.eu). Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań i obowiązków nałożonych na Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jasle, tj. w celu uzyskania dofinansowania ze środków PFRON. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b, c i lit. e, art. 9 ust. 2 lit. b RODO tj. wypełnienie obowiązków prawnych oraz zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz realizacja umowy. Wnioskowanie o uzyskanie dofinansowania jest dobrowolne, tym samym podanie danych osobowych jest dobrowolne. Podanie danych osobowych jest konieczne w przypadku składania wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON. Niepodanie danych skutkuje brakiem możliwości udzielenia dofinansowania. Odbiorcami danych osobowych, w posiadaniu których będzie PCPR mogą być wyłącznie podmioty i inne orany publiczne, które posiadają dostęp do danych na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących, w tym Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Więcej informacji można uzyskać kontaktując się z administratorem. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. Dane osobowe będą przechowywane wyłącznie przez okres do osiągnięcia celu przetwarzania oraz okres archiwizacji wymagany dla danej kategorii danych przez obowiązujące przepisy prawa, tj. kat. B-10 (10 lat). Więcej informacji można uzyskać kontaktując się z administratorem. Osoba, której dotyczą dane osobowe ma prawo żądania: dostępu do swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli zachodzą przesłanki do tych uprawnień. Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody, przysługuje także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. W przypadku niezgodnego z prawem przetwarzania danych osobowych przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również nie będą podlegały profilowaniu.

\* *Przeciętny miesięczny dochód to dochód w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych (art. 3 pkt 1 Ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych)*

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

### Lista

- Kopia posiadanego orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia: o stopniu niepełnosprawności lub o zaliczeniu do jednej z trzech grup inwalidów lub o całkowitej/częściowej niezdolności do pracy/ niezdolności do samodzielnej egzystencji, o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (wydane przed dniem 1 stycznia 1998 r.) lub niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia – oryginał do wglądu;
- Zaświadczenie lekarskie mówiące o rodzaju niepełnosprawności ze wskazaniem posiadania wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego wynikającego z niepełnosprawności (załącznik nr 1);
- Faktura pro-forma, kosztorys lub inna oferta cenowa potwierdzająca koszt realizacji zadania;
- Postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego, jeżeli wnioskodawca działa poprzez opiekuna prawnego lub pełnomocnictwo, w przypadku, gdy w imieniu Wnioskodawcy z wnioskiem występuje jego pełnomocnik.

### WYPEŁNIA PCPR:

Dochód na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym nie przekracza/przekracza\*:

50% przeciętnego wynagrodzenia  65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej

**Kwota dofinansowania:** .....

Data i podpis pracownika PCPR:.....

□□