Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Skarżysku-Kamiennej

26-110 Skarżysko-Kam., Plac Floriański 1, Tel. /Fax 41 252 19 53
www.pcprskarzysko.pl **e-mail: pcpr.sko@wp.pl**

Wniosek złożono w PCPR
w dniu.....
Nr sprawy .....

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

I. Dane dotyczące wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

..... syn/córka .....
(imię i nazwisko) (imię ojca)

seria..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....
(dowód osobisty)

PESEL ..... NIP .....

miejscowość..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....
(dokładny adres)

nr kodu .....- ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./faxu (z nr. kier.) .....

II. Stopień niepełnosprawności

1. znaczny	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
• inwalidzi II grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

III. Rodzaj niepełnosprawności

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja kończyn dolnych lub górnych	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

IV. Sytuacja zawodowa

1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie dziennym lub studjująca	
3. bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy	
4. rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

V. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami niespokrewnionymi	

VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		Średni miesięczny dochód** [zł]
	stopień	rodzaj	
Dane dotyczące Wnioskodawcy			
1.	X		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
		RAZEM	

** przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Oświadczam, że:
średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym obliczony zgodnie z powyższym pouczeniem wyniósł ..... zł.

…….....

.....

(adnotacje urzędowe- podpis pracownika)

VII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?				Tak ☐	Nie ☐
Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło: PFRON WOZiRON samorząd powiatowy
RAZEM		Kwota rozliczona			

VIII. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 40%	%
2. deklarowany przez sponsora i udokumentowany % pokrycia kosztów realizacji zadania	%

IX. Dane informacyjne o Wnioskodawcy

a) wykształcenie	Zaznacz właściwe	b) rodzaj źródła utrzymania	Zaznacz właściwe
1. niepełne podstawowe		1. wynagrodzenia za pracę	
2. podstawowe		2. przychody z działalności gospodarczej	
3. zawodowe		3. renta stała*/emerytura*	
4. średnie ogólnokształcące		4. renta okresowa	
5. średnie zawodowe		5. renta szkoleniowa	
6. policealne		6. zasiłek dla bezrobotnych	
7. wyższe		7. zasiłek stały	
8. wyższe ze stopniem naukowym		8. stypendium	
		9. alimenty*/inne*	

X. Cel zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

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

XI. Wykaz planowanych zakupów

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

XII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł.

cyframi .....
(słownie złotych: .....)

XIII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....
.....

XIV. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego termin, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

.....

.....

XV. Informacje dodatkowe i uzupełniające

.....

.....

.....

Oświadczenie

Oświadczam, że:

1. W ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałem/am odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu,

2. W ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy z PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,

3. Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....

(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji wniosku zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. (Dz. U z 2018 r. poz. 1000) oraz Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. zwanym dalej „RODO”

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że:

1) administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku- Kamiennej ul. Plac Floriański 1, a podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne;
2) W sprawach związanych z Pani/a danymi proszę się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych. Dane do kontaktu z **inspektorem ochrony danych osobowych** w firmie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku- Kamiennej, to:
   adres korespondencyjny 26-110 Skarżysko-Kamienna, Plac Floriański 1, adres e-mail: iodpcpr.sko@wp.pl, tel.41 253 00 23;
3) moje dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat (licząc od roku następującego po roku, w którym złożyłem/am wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON) ustalonym na podstawie odrębnych przepisów,
4) posiadam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody (w przypadku jej wyrażenia), prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
5) przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli moim zdaniem, przetwarzanie danych osobowych - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO – Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6) w razie konieczności moje dane mogą być udostępniane innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
7) moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane;
8) podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udzielenia wnioskowanego wsparcia,
9) podstawą przetwarzania moich danych jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO – w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, a podane dane będą przetwarzane w celu realizacji

mojego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w oparciu RODO oraz ustawę o ochronie danych osobowych z dn. 10.05.2018 r. (Dz. U z 2018 r. poz. 1000);

10) Administrator nie może na podstawie niniejszej zgody przetwarzać powyższych danych w sposób naruszający moje dobre imię lub dobra osobiste, a także w zakresie i celu innym niż wskazane powyżej.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach do wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

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

.....

(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn/córka .....

(imię i nazwisko) (imię ojca)

seria..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....

(dowód osobisty)

PESEL ..... NIP .....

miejscowość..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

(dokładny adres)

nr kodu .....- ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./faxu (z nr. kier.) .....

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem* .....

(postanowieniem Sądu Rejonowego w ..... z dn. ..... sygn. akt .....*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ..... z dn. ..... repet. nr. .....)

*niepotrzebne skreślić

Zał. nr 1

.....
miejscowość, data

.....
Pieczęć ZOZ lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR w SKARŻYSKU-KAMIENNEJ
celem przyznania dofinansowania ze środków PFRON
do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego (ważne 3 m-ce od daty wystawienia)

Imię i nazwisko wnioskodawcy …….....

Data urodzenia……. PESEL …….....

zamieszkały (a) .....

1. Rodzaj schorzenia:

…….....…….....

…….....……..…..

…….....……

…….....……..……..……..

……..……..……

2. Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego .....

.....

.....

<u>3.Czy zachodzi potrzeba prowadzenia codziennej rehabilitacji przy użyciu w/w sprzętu rehabilitacyjnego w warunkach domowych?</u>

NIE
TAK uzasadnienie .....

.....

.....

.....

.....
Pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

- Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 poz 511)
- Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie mieszkających z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
- Zaświadczenie lekarskie od specjalisty, **potwierdzające potrzebę rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego. (zał. Nr 1)**
- Zaświadczenie dyrektora powiatowego urzędu pracy o statusie w przypadku osób bezrobotnych lub poszukujących pracy.
- Zaświadczenia o dochodach Wnioskodawcy oraz osób pozostających we wspólnym gospodarstwie **domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**
- 3 oferty cenowe na wnioskowany sprzęt zaakceptowane i podpisane przez Wnioskodawcę.
- Inne dokumenty wymagane przez PCPR.