

ON-601-...../2021

WNIOSEK

**O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH KOSZTÓW
ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY**

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:

1. Imię i nazwisko

Data urodzenia:

2. Adres zamieszkania:

miejsowość ul.nr domu/lokalu

kod - poczta

3. Numer telefonu:

4. Dowód osobisty: seria numer

wydany przez

ważny do:

5. PESEL:.....

6. Numer konta bankowego:

Nazwa banku:

7. W przypadku, gdy osobą niepełnosprawną, której dotyczy wniosek jest dziecko w wieku do 18 lat, należy podać:

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia dziecka: PESEL.....

8. Oświadczenie wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

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

Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (1)
Wnioskodawca	/	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:		
RAZEM:		

a przeciętny miesięczny dochód na jednego członka rodziny wynosi zł.

9. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku:

czy korzystał/a Pan/Pani ze środków PFRON?

jeśli tak, proszę określić:

cel dofinansowania	data i numer umowy	kwota przyznanego dofinansowania	Kwota rozliczona

II. Informacje dotyczące przedmiotu wniosku:

1. Przedmiot wniosku:

lp.	nazwa urządzenia	ilość sztuk	orientacyjna cena
Łączny przewidywany koszt zakupu urządzeń:			

2. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON zł
(słownie: zł)

Dofinansowanie nie obejmuje kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy ze Starostą]

3. Miejsce realizacji zadania (instalacji urządzenia):

miejscowość ul. nr domu/lokalu

4. Uzasadnienie wniosku:

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

Oświadczam, że:

- podane informacje we wniosku i w załącznikach są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych²
- **o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się**

informować PCPR w ciągu 14 dni,

- warunki zawartych z PFRON umów, w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku, zostały dotrzymane (jeżeli zawierane były jakieś umowy),

Data:

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

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 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 oraz zgodnie z art. 158 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U.2019 r. poz. 1781) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, ul.Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane.
2. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań urzędu.
3. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
4. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
5. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem mają prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, zrządzenia zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, ul. Heleny Modrzejewskiej 5 moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, adresu zameldowania, daty urodzenia, nr PESEL, numeru telefonu oraz danych rachunku bankowego.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest udzielona dobrowolnie na podstawie *art. 6 ust. 1 lit a) oraz art. 9 ust. 2 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, dalej RODO).*

Potwierdzam otrzymanie od Administratora Danych osobowych załącznika informacyjnego zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO, z którym się zapoznałam/em i przyjąłam/em do wiadomości.

Data:

.....
(podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela
ustawowego lub opiekuna prawnego, pełnomocnika)

Załączniki:

1. kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego ZUS, KIZ albo KRUS wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu),
2. kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności - w przypadku dzieci do lat 16 (oryginał do wglądu),
3. zaświadczenie lekarskie stwierdzające, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu, którego wniosek dotyczy,
4. kosztorys (faktura pro forma) wystawiona na Wnioskodawcę zawierająca informację o typie sprzętu i całkowitym koszcie jego zakupu (zał. nr 1 do wniosku),
5. informacja o źródłach finansowania zadania w wysokości nieobjętej dofinansowaniem ze środków PFRON (zał. nr 2 do wniosku).

-
- (1) **przeciętny miesięczny dochód** - dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
 - (2) art. 233 § 1 kk „**Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie Ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3**”.

.....
(miejscowość, data)

KOSZTORYS
(prosimy wypełniać czytelnie)

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

adres zamieszkania

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania:

Lp.	Nazwa urządzenia	typ urządzenia	Ilość	cena jednostkowa	wartość

.....
(pieczęć i podpis sprzedawcy)

**INFORMACJA WNIOSKODAWCY O ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA
ZADANIA**

Informuję, że pozostała do zapłaty za urządzenie/wykonanie usługi kwota będzie finansowana z:

1. posiadanych przeze mnie środków własnych w wysokości zł
(słownie: zł)
2. środków uzyskanych od sponsora w wysokości zł
(słownie: zł)
3. środków uzyskanych z OPS w wysokości zł
(słownie: zł)
4. z innych źródeł: jakich? jaka kwota?.....

.....
.....
.....
co potwierdzam* odpowiednimi dokumentami (decyzje, zaświadczenia,
pisemne informacje)

.....
(data)

.....
(podpis Wnioskodawcy)

* - dotyczy punktów 2-4

.....
miejsce na pieczętkę zakładu

.....
(miejsce, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY
O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PCPR
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....

data urodzenia.....

adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

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

2. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, sprzęt rehabilitacyjny.....

.....
.....

4. Konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego.....

(nazwa urządzenia)

5. Uzasadnienie potrzeby wynikającej z niepełnosprawności stosowania wskazanego we wniosku sprzętu rehabilitacyjnego

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

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

DLA OSOBY UDOSTĘPNIAJĄCEJ NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 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 oraz zgodnie z art. 158 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U.2019 r. poz. 1781) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane.
2. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań urzędu.
3. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
4. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
5. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem mają prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, zrządzenia zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, ul. Heleny Modrzejewskiej 5 moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, adresu zameldowania, daty urodzenia, nr PESEL, serii i nr dowodu osobistego, numeru telefonu, danych osobowych podanych w dokumentach potwierdzających własność lokalu/budynku mieszkalnego oraz danych rachunku bankowego.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest udzielona dobrowolnie na podstawie *art. 6 ust. 1 lit a) oraz art. 9 ust. 2 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, dalej RODO).*

Potwierdzam otrzymanie od Administratora Danych osobowych załącznika informacyjnego zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO, z którym się zapoznałam/em i przyjąłam/em do wiadomości.

Data:

.....
(podpis osoby wyrażającej zgodę)