

RON.7010.....2021.PŚ
znak sprawy

.....
Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

W N I O S E K

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

*We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.
W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy
w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu załącznik nr ...”*

A. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

1. Dane osoby niepełnosprawnej /dziecka/ ubiegającej się o dofinansowanie

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

nr PESEL adres e-mail (o ile dotyczy)

mięscowość ulica nr domu nr lokalu
(dokładny adres zamieszkania)

nr kodu-..... poczta powiat

województwo nr tel. (z nr kier.).....

nazwa banku..... nr konta bankowego

2. Przedstawiciel ustawowy/dla małoletniego Wnioskodawcy/opiekun prawny lub pełnomocnik

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

nr PESEL

mięscowość ulica nr domu nr lokalu
(dokładny adres)

nr kodu-..... poczta powiat

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

ustanowiony opiekunem /pełnomocnikiem*

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

*niepotrzebne skreślić

3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

1. znaczny / inwalidzi I grupy / osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji/	
2. umiarkowany / inwalidzi II grupy/ osoby całkowicie niezdolne do pracy/	
3. lekki / inwalidzi III grupy/ osoby częściowo niezdolne do pracy/	
4. osoby w wieku do lat 16 z orzeczoną stopniem niepełnosprawności	
5. osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998r.	

4. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
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	

5. CZY WNIOSKODAWCA KORZYSTAŁ ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (ostatnie 3 lata od daty złożenia wniosku)

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON			Tak	Nie
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Źródło: PFRON, Samorząd Powiatowy
Razem		Razem kwota rozliczeniowa:		

B. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

1. Szczegółowy preliminarz wnioskowanego sprzętu

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem
RAZEM:					

Szczecinek, dnia

.....
.....
.....
(imię i nazwisko, adres)

OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisana(y), **oświadczam, że:**

- gospodarstwo domowe **prowadzę samotnie**,
- gospodarstwo domowe **prowadzę wspólnie** - wraz ze mną pozostaje osób,
- 1. **przeciętny miesięczny dochód** rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający złożenie wniosku wynosił: **zł (słownie:**),
- 2. w związku z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania do zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego, ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, **posiadam** obowiązkowe **środki finansowe** na pokrycie różnicy wynikającej z całkowitego kosztu sprzętu, a ewentualnym dofinansowaniem z Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku,
- 3. **nie posiadam wymagalnych zobowiązań** wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy, oraz **nie jestem** płatnikiem podatku VAT,
- 4. uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1 i 2, ustawy z dnia 06 czerwca 1997r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020r., poz. 1444 z późn. zm.) dane zawarte we wniosku oraz w załączonych wymagalnych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym,
- 5. **o zmianach** zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku w ciągu **14 dni od ich wystąpienia**,
- 6. **wyrażam zgodę na** przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:
 - numeru telefonu
 - adresu e-mail
 - zaświadczenia lekarskiego

przez administratora danych, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania oraz weryfikacji potrzeb wynikających z niepełnosprawności w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny,

- 7. podaję dane osobowe dobrowolnie i są one zgodne z prawdą,
- 8. zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach przysługujących mi w związku z przetwarzaniem moich danych.

Informujemy, że powyższa zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczenie o wycofaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej na podany wyżej adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy,
Przedstawiciela Ustawowego, Pełnomocnika)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, s. 1) zwanego dalej RODO – **informuję, iż:**

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku,
- 2) w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować również z wyznaczonym przez nas Inspektorem ochrony danych kierując korespondencję na adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych lub na adres e-mail: iod@powiat.szczecinek.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe będziemy przetwarzać na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, d, f oraz art. 9 ust 2 lit. b, g i j RODO, w celu rozpatrzenia Pani/Pana wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do **zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów, a także przekazania oraz rozliczenia przyznanego dofinansowania, w związku z art. 35a ust. 7 lit c) ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2020 r., poz. 426 ze zm.), oraz z przepisami Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (tj. Dz.U. z 2015r. poz. 926 ze zm.) § 10, § 11 oraz § 13 pkt 2 ust 1, 2 lit a) i b), pkt 3 i § 14; podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych będzie również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tzn. wyrażona przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych, których podanie jest dobrowolne i nie wynika z wymogów prawa, cel przetwarzania tych danych osobowych będzie wskazywany każdorazowo w czasie uzyskiwania Pani/Pana zgody,
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organy publiczne, jednostki lub inne podmioty, którym mogą być ujawnione dane, sprzedawcy, usługodawcy, kurierzy oraz operator pocztowy, w zakresie niezbędnym do doręczania korespondencji,
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej,
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt stanowiącym załącznik nr 3 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14 poz. 67 ze zm.), przez okres 5 lat liczony w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy, lub wymagany na podstawie ww. ustaw,
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, oraz w uzasadnionych przypadkach prawo do żądania ograniczenia przetwarzania; w odniesieniu do danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do żądania usunięcia danych oraz prawo do przenoszenia danych,
- 8) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania,
- 9) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy rozporządzenia RODO,
- 10) Podanie danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów § 11 ww. rozporządzenia, a odmowa ich podania będzie skutkowałą brakiem możliwości rozpatrzenia Pani/Pana wniosku.

Sprzęt rehabilitacyjny – oznacza to sprzęt wspomagający proces rehabilitacji lub sprzęt służący do usprawniania zaburzonych funkcji organizmu (należy rozumieć jako przedmiot oraz urządzenia służące do czynnej rehabilitacji). Jest to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mający za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL

Adres zamieszkania:

I. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji (na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy):

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

II. Cel zakupu zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego (uzasadnienie konieczności stosowania rehabilitacji w warunkach domowych):

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

III. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny niezbędny do stosowania w warunkach domowych (wymienić):

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

ZALACZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO:

1. Kopia dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność /oryginał do wglądu/.
2. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i wskazanie że **zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego.**
3. Oferta cenowa wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego wraz z:
 - uwzględnieniem ceny netto i brutto,
 - adresem sklepu, w którym zakupiony będzie sprzęt oraz nr konta bankowego sklepu.
4. Oświadczenie o wysokości dochodów (dokumenty potwierdzające osiągnięte dochody do wglądu z kwartału poprzedzającego złożenie wniosku).