

Data wpływu:

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie ☐ do rozliczenia dofinansowania ☐ do zawarcia umowy ☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku ☐ do złożenia wniosku ☐ inne

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy

Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 06-E – epilepsja ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego ☐ 10-N – choroby neurologiczne ☐ 11-I – inne ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

☐ indywidualne ☐ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Ze środków finansowych PFRON:

☐ nie korzystałem

☐ korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Miejsce realizacji:	
Cel dofinansowania:	

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 80% kosztów realizacji zadania.

PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany koszt:	
Kwota wnioskowana:	
Uzasadnienie:	

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

☐ W kasie Starostwa

☐ 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?

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**OŚWIADCZENIE**

Upředzonym/upředzonyma o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające 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 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

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

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z klauzulą informacyjną zgodnie z art. 13 i art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 24 kwietnia 2016 r. (RODO) (Dz. Urz. UE L 119 z 2016r.).

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**Lista**

1.	Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu)
2.	Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza specjalistę (z zaleceniem konieczności stosowania wnioskowanego przedmiotu).
3.	Wycena lub proforma wnioskowanego przedmiotu.
4.	Orzeczenie osób zamieszkujących z wnioskodawcą + oświadczenia i zgoda poszczególnych osób- jeśli dotyczy.
5.	Dokument potwierdzający sytuację zawodową wnioskodawcy (np. zaświadczenie o zatrudnieniu, zaświadczenie z PUP), w przypadku osób uczących się – zaświadczenie potwierdzające naukę.
6.	Klauzula art. 13 i art. 14.
7.	Uzasadnienie wniosku.
8.	

Informacje podawane w przypadku zbierania danych osobowych od osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 w zw. z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b 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, zw. dalej RODO informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Konopnickiej 3, 39-100 Ropczyce, e-mail: pcprropczyce@pcpr-ropczyce.pl, zwane dalej Administratorem, który prowadzi operacje przetwarzania danych osobowych.
2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych: e-mail: inspektor.odo@onet.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznania dofinansowania ze środków PFRON w ramach rehabilitacji społecznej, na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w zw. z art. 6 ust. 1 lit. c RODO, tj. *przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze* oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO przetwarzanie danych osobowych szczególnej kategorii jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora w zakresie ochrony socjalnej.
4. Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom: do Starostwa Powiatowego w Ropczycach, podmiotom IT u Administratora, organom kontroli.
5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Dane osobowe będą przechowywane nie dłużej, niż jest to niezbędne i w zakresie koniecznym do realizacji celów przetwarzania, tj. przez okres zgodny z obowiązującymi przepisami archiwalnymi - ustawą z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i rozporządzeniem 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.
7. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - 1) dostępu do treści swoich danych ich usunięcia, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - 2) przenoszenia danych,
 - 3) wniesienia skargi do organu nadzorczego - UODO ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji i nie podlegają profilowaniu.
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do podania swoich danych. Konsekwencją niepodania danych może być brak możliwości realizacji celu.