



.....
data wpływu kompletnego wniosku - wypełnia PCPR

PCPR.531.1. _____
Nr wniosku - wypełnia PCPR

W N I O S E K
o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Część A: WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Dane wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej)

.....	
imię i nazwisko wnioskodawcy	
numer PESEL (ulica / miejscowość zamieszkania / numer domu / numer lokalu)
 (kod pocztowy, poczta)
numer telefonu (dobrowolnie)	adres zamieszkania wnioskodawcy

2. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, kuratora, pełnomocnika
(wypełnić jeżeli wnioskodawcą jest osoba małoletnia, osoba ubezwłasnowolniona, osoba dla której ustanowiony jest kurator w rozumieniu art.183 §1 k.r.o. lub osoba udzielająca pełnomocnictwa)

.....	
imię i nazwisko przedstawiciela wnioskodawcy	
numer PESEL (ulica / miejscowość zamieszkania / numer domu / numer lokalu)
 (kod pocztowy, poczta)
numer telefonu (dobrowolnie)	adres zamieszkania przedstawiciela wnioskodawcy

3. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

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** wynosi: _____ zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym (wliczając wnioskodawcę): _____.

4. Przedmiot dofinansowania

Proszę o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego: (jakiego?)

do rehabilitacji w warunkach domowych.

Przewidywany koszt sprzętu rehabilitacyjnego wynosi: _____ zł. Kwota wnioskowanego dofinansowania: _____ zł - **do 80%** kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

5. Cel dofinansowania (Proszę uzasadnić, jaki wpływ będzie miał wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny na funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej?)

6. Miejsce realizacji zadania (adres, gdzie będzie używany sprzęt rehabilitacyjny?)

7. Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON: tak nie * właściwe zakreślić X

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach, którego przyznana została pomoc)	Numer zawartej umowy	Data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Stan rozliczenia (*właściwe podkreślić)
				rozliczyłem(am) się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am) się *
				rozliczyłem(am) się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am) się *
				rozliczyłem(am) się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am) się *
				rozliczyłem(am) się * jestem w trakcie rozliczania * nie rozliczyłem(am) się *

8. Oświadczenie dotyczące przekazania dofinansowania

* właściwie zakreślić X

na rachunek bankowy sprzedawcy

na wskazany poniżej rachunek bankowy:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Oświadczam, że:

- 1) nie mam zaległości wobec PFRON
- 2) w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłem/em stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

10. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego RODO):

- 1) Administratorem moich/dziecka/podopiecznego danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim, ul. Grunwaldzka 3, adres e-mail: sekretariat@pcprnml.pl, tel. 56 474 31 96.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim jest możliwy poprzez adres e-mail: iod@pcprnml.pl lub tel. 56 474 31 96.
- 3) Moje/dziecka/podopiecznego dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim na podstawie art. 6 ust. 1 lit.c lub art. 9 ust. 2 lit.b RODO oraz zadań określonych w Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- 4) W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w ust. 3 moje/dziecka/podopiecznego dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
- 5) Moje/dziecka/podopiecznego dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w ust. 3 celu przetwarzania, nie krótszy niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- 6) W związku z przetwarzaniem przez Administratora moich/dziecka/podopiecznego danych osobowych przysługuję mi prawo dostępu do treści danych, sprostowania danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, a w przypadku, jeśli przetwarzanie moich/dziecka/podopiecznego danych osobowych odbywa się na podstawie zgody przysługuję mi prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 7) Przysługuje mi/dziecku/podopiecznemu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznaję, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
- 8) Podanie przeze mnie moich danych osobowych/dziecka/podopiecznego jest warunkiem prowadzenia mojej/dziecka/podopiecznego sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim i jest obowiązkowe, jeżeli zostało to określone w przepisach prawa, konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości prowadzenia sprawy, dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie mojej zgody.
- 9) Moje/dziecka/podopiecznego dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
- 10) Administrator danych nie będzie przekazywać moich/dziecka/podopiecznego danych osobowych do państwa trzeciego oraz organizacji międzynarodowej.

Art. 233 § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Oświadczam, że wszystkie dane podane we wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON są zgodne z prawdą i że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

O zmianach zaistniałych po złożeniu niniejszego wniosku, mających wpływ na jego realizację, zobowiązuję się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim w terminie 14 dni.

.....
data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego, kuratora lub pełnomocnika

Sprzęt rehabilitacyjny nie może zostać zakupiony przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON

Załączniki do wniosku:

1. kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia – **oryginał do wglądu**
 2. aktualne zaświadczenie lekarskie o potrzebie prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych
 3. oferta cenowa lub faktura proforma na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny
 4. kopia pełnomocnictwa lub innego dokumentu dającego podstawę prawną do reprezentacji Wnioskodawcy - **oryginał do wglądu**
-

Część B: WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

1. Rozpatrzenie wniosku

- 1) Potwierdzam / nie potwierdzam* kompletność wniosku oraz załączników do wniosku.
- 2) Potwierdzam / nie potwierdzam* zachowanie kryterium dochodowego, przy kryterium dochodowym _____ zł, dochody wnioskodawcy / rodziny* wynoszą _____ zł na osobę.

.....
data, pieczętka i podpis pracownika PCPR

2. Decyzja dyrektora PCPR

Wniosek rozpatrzono pozytywnie / negatywnie* i przyznano / nie przyznano* środki finansowe PFRON w wysokości _____ zł, słownie _____

do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

.....
data, pieczętka i podpis dyrektora PCPR

3. Rozliczenie przyznanego dofinansowania

- 1) przedmiot dofinansowania
- 2) poniesiony koszt przedmiotu dofinansowania
- 3) limit dofinansowania z umowy
- 4) udział własny osoby niepełnosprawnej
- 5) kwota dofinansowania do przekazania

.....
data, pieczętka i podpis pracownika PCPR