# Nr…………....../............ z dnia…………………

# W N I O S E K

**o dofinansowanie ze środków PFRON**

**zakupu sprzętu rehabilitacyjnego**

**I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY** ( **dotyczy osoby niepełnosprawnej** )

Nazwisko i imię..............................................................................................

Adres zamieszkania ......................................................................................

Dowód osobisty: seria…………………nr……………….wydany w dniu…………….

przez……………………………………………………………………………………………

Pesel........................................... nr telefonu ...........................................................................

Nazwa Banku i numer rachunku bankowego ( w przypadku posiadania )…..……………

…………………………………………………………………………………………………..

#### Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Znaczny stopień niepełnosprawności** |  |
| - inwalida I grupy |  |
| - osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do sam. egzystencji |  |
| - osoba w wieku do 16 lat |  |
| **2. Umiarkowany stopień niepełnosprawności** |  |
| - inwalida II grupy |  |
| -osoba całkowicie niezdolna do pracy |  |
| **3. Lekki stopień niepełnosprawności** |  |
| - inwalida III grupy |  |
| - osoba częściowo niezdolna do pracy |  |

##### Rodzaj niepełnosprawności

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim:

wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk |  |
| 2. Inna dysfunkcja narządu ruchu |  |
| 3. dysfunkcja narządu wzroku |  |
| 4. dysfunkcja narządu słuchu |  |
| 5. dysfunkcja narządu mowy |  |
| 6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) |  |
| 7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |  |

## SPRZĘT REHABILITACYJNY

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Opis schorzenia/dysfunkcji wymagającej rehabilitacji ………………………......

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Uzasadnienie potrzeby rehabilitacji w warunkach domowych: …………………. ......................................................................................................................

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

Przewidywany koszt realizacji zadania /zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

|  |  |
| --- | --- |
| Koszt ogólny sprzętu ( 100 % )………………………………………… | Deklarowane własne środki ( min 20 % )………………………………………………….. |
| Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON ( max 80 % )……………………………………………………………………………………………zł.Kwota słownie…………………………………………………………………………zł. |

Preliminarz sprzętu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| lp | Nazwa sprzętu | Ilość sztuk | Cena jednostkowa | Wartość ogółem | Do weryfikacji - wypełnia PCPR |
|   |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| R a z e m |  |  |

## IV. Oświadczenie o dochodach

 Niniejszym oświadczam, **że średni miesięczny dochód rodziny, *w*** *rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych*, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku,**

wynosił……………………………….………………………………………………….… zł

słownie: .................................................................................................... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi……………… osób

V. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie z PFRON | TAK | NIE |
| Nr umowy i data zawarcia | kwota | Cel | Terminrozliczenia | Stanrozliczenia | Źródło PFRON |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Razem |  | Razem kwota rozliczona |  |  |

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

Oświadczam, że posiadam środki finansowe jako udział własny w wysokości min 20% wartości wnioskowanego sprzętu.

Oświadczam, iż nie posiadam zaległości wobec Funduszu oraz nie byłem/byłam w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

 ………………………………………………..

 Podpis wnioskodawcy/przedstawiciela

 ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika

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

Imię i nazwisko……………………………………………...syn/córka……………………….

Dowód osobisty: seria……nr………………wydany w dniu…………przez………………

Nr PESEL…………………..... Nr telefonu…………...............................................

Adres zamieszkania: ...........................................................................................

Nazwa banku i numer rachunku bankowego…………………………………………….

Załączniki do wniosku:

1. Dokument potwierdzający orzeczoną niepełnosprawność,
2. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty, stwierdzającego rodzaj niepełnosprawności i zasadność prowadzenia odpowiedniej do rodzaju niepełnosprawności rehabilitacji na wymienionym sprzęcie
w warunkach domowych, druk – Załącznik nr 1
do wniosku
3. Oferty cenowe wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego, kosztorys, prospekt.
4. Inne dokumenty wymagane, wskazane przez PCPR a niezbędne przy rozpatrywaniu wniosku

 **Załącznik nr 1**

 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

 do sprzętu rehabilitacyjnego uzasadnionego

 **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

*Wydane dla potrzeb PFRON*

*w celu dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego*

Imię i nazwisko ………………………………………………..................................

Data urodzenia…………………………………………………………………....

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………...

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej……………………………………….............

………………………………………………………………………………........

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub

orzeczenia o stopniu niepełnosprawności…………………………………….........

…………………………………………………………………………………....

3.Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące……………......................................................................................................................................................................................................................................................

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualnie potrzeby w tym zakresie…………………………………………..................................................

5. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe);

* narząd ruchu, w zakresie………………………………………………………………………
* brak obu kończyn górnych
* znaczny niedowład obu kończyn górnych
* jednoczesnej dysfunkcji kończyny dolnej i górnej
* jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych
* jednoczesnej dysfunkcji kończyn górnych i dolnych
* inne schorzenie

6. Uzasadnienie potwierdzające konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych na wymienionym sprzęcie rehabilitacyjnym:

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

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

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

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

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

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

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

 **pieczątka i podpis lekarza specjalisty**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art.13 ust. 1, 2 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) (Dz.U. UE L z 2016 r. Nr 119, s.1) - dalej RODO, informujemy, że:

1. **Administratorem Pani/Pana danych osobowych** jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
z siedzibą w Opolu przy ul. Książąt Opolskich 27 w 45 – 005 Opole tel. 77 4420504
Fax 774410505; e-mail: **pcpropole@pcpropole.pl****,** zwany dalej Administratorem.
2. **Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony danych Osobowych,** z którym można skontaktować się w sprawach związanych z ochroną swoich danych osobowych:
- adres poczty elektronicznej: e-mail: krzysztofalex@o2.pl lub pisemnie na adres naszej siedziby.
3. **Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu** realizacji przez Administratora zadań,
w szczególności w zakresie dofinansowanie ze środków PFRON, wynikających z przepisu prawa,
w tym przepisów szczegółowych określających zadania statutowe - **na podstawie**  ***art. 6 ust 1 e*** ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. – RODO.
4. **Odbiorcą Państwa danych będą:**

- organy uprawnione do dostępu do danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

5. **Państwa osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.**

6. **Państwa dane osobowe będą przechowywane** przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane i przetwarzane. Mogą być usunięte po upływie okresu określonego dla danej kategorii dokumentacji okresu przechowywania, w zależności od kategorii archiwalnej danej sprawy, zgodnie z przepisami określonymi w ustawie z dnia 14 lipca 1983 r.
o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2018 r., poz. 217) oraz w Rozporządzeniu 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).

7**.** **W związku z przetwarzaniem danych osobowych Pani/Pana lub innej osoby, której dotyczy** **dofinansowanie ze środków PFRON, przysługuje**  prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo do sprostowania usunięcia (prawo do bycia zapomnianym), ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych do innego administratora, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

 W przypadku przetwarzania Pani/Pana danych na podstawie zgody, ma Pani/Pan prawo
do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody w dowolnym momencie nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

1. **Mają Państwo prawo wniesienia skargi** do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
2. **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych** **lub innej osoby której dotyczy dofinansowanie ze środków PFRON jest dobrowolne**, lecz niezbędne w celu realizacji zadań związanych z dofinansowaniem ze środków PFRON.

W przypadku nie podania przez Panią/Pana swoich danych osobowych, nie będziemy mogli zrealizować celu zadania ustawowego, co może skutkować konsekwencjami przewidzianymi przepisami prawa.

10.**Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.**

**Zapoznałam/em się:**

…………………………………………….

(data, podpis osoby, której dane dotyczą)