

NR sprawy BON.5132.....

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
DO ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO**.....
Data przyjęcia wniosku- wypełnia PCPR

Wypełnia osoba niepełnosprawna w przypadku osoby niepełnoletniej w jej imieniu rodzic lub opiekun prawny

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA
POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE WE WRZEŚNI**

(wniosek należy wypełnić czytelnie, niebieskim długopisem)

1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	Miejscowość	Adres
Data urodzenia	Gmina	Telefon
Seria i nr dowodu osobistego		
Wydany przez		
Dostaje zasiłek pielęgnacyjny	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

**2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY
OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:**

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	Miejscowość	Adres
Data urodzenia	Gmina	Telefon
Seria i nr dowodu osobistego		
Wydany przez		
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... sygnatura akt.....		
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza z dnia..... nr repetytorium.....		

3. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA:

Nazwa artykułu	
Całkowity koszt	
Wnioskowana kwota	

4. UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU:

.....

.....

.....

.....

.....

5. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO tak nie

Nazwa sprzętu	Numer i data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania

6. OŚWIADCZENIA

- Liczba osób pozostających ze mną w gospodarstwie domowym:**

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód netto**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **wynosi:** **zł**

słownie:.....

- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- Oświadczam, że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i §6 k.k. w zw. z art. 75 §2 i art. 83§3 k.p.a. (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą.
- O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.**

.....
czytelny podpis wnioskodawcy
(osoby niepełnosprawnej lub jej
Pełnomocnika, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego

7. KLAUZULA INFORMACYJNA

Informuję, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni, ul. Wojska Polskiego 1, 62-300 Września**, zwanym dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
- 2) kontakt do inspektora danych osobowych: e-mail: inspektor@osdidk.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań i nie będą udostępniane innym odbiorcom,
- 4) Administrator danych osobowych, przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
- 5) podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest zawarcie umowy,
- 6) posiada Pani/Pan prawo do:
 - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- 7) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 8) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

8. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni, ul. Wojska Polskiego 1, 62-300 Września** w celu uzyskania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
 czytelny podpis wnioskodawcy
 (osoby niepełnosprawnej lub jej
 Pełnomocnika, przedstawiciela
 ustawowego, opiekuna prawnego)

UWAGA!**Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania.**

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Zaświadczenie lekarskie, wystawione przez lekarza specjalistę lub rodzinnego, które zawiera informację o rodzaju schorzenia oraz **wyraźne wskazania** do korzystania z wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego w warunkach domowych.
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
3. Oferta cenowa na zakup sprzętu wystawiona przez dostawcę sprzętu rehabilitacyjnego na:
 - wnioskodawcę,
 - rodzica lub przedstawiciela ustawowego, ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku małoletniego dziecka)
 - opiekuna prawnego ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej) – należy dołączyć dokument ustanowienia opieki prawnej (postanowienie sądu lub pełnomocnictwo notarialne)
4. Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.

Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
--

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO.

I. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku „X”	Uzupełniono	Data uzupełnienia
		<i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>		
1.	Zaświadczenie lekarskie, wystawione przez lekarza specjalistę lub rodzinnego, które zawiera informację o rodzaju schorzenia oraz wyraźne wskazania do korzystania z wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego w warunkach domowych			
2.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności.			
3.	Oferta cenowa na zakup sprzętu wystawiona przez dostawcę sprzętu rehabilitacyjnego na: wnioskodawcę, rodzica lub przedstawiciela ustawowego, ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku małoletniego dziecka), opiekuna prawnego ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej) – należy dołączyć dokument ustanowienia opieki prawnej (postanowienie sądu lub pełnomocnictwo notarialne)			
4.	Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:	Sprawdzono pod względem merytorycznym

II. Imię i nazwisko wnioskodawcy

1. Orzeczenie (rodzaj)

2. Ważne do

III. Dochód

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	
Miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na 1 członka w rodzinie	

IV. Wnioskowany przedmiot dofinansowania:

.....

V. Opinia zespołu ds. rozpatrywania wniosków:

Wniosek zaopiniowany:

pozytywnie

Kwota dofinansowania.....

UWAGI.....

negatywnie

.....

Data i podpisy członków zespołu:

*niepotrzebne skreślić

.....
 (pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
 lub gabinetu lekarskiego)

....., dn.
 (miejscowość)

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
(wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie

.....

.....

.....

2. Niepełnosprawność dotyczy narządu/ układu.....

SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN
GÓRNYCH:

- pełna
 częściowo ograniczona
 całkowicie niesprawne

SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN
DOLNYCH:

- pełna
 częściowo ograniczona
 całkowicie niesprawne

OSOBA PORUSZA SIĘ:

- samodzielnie
 z częściową pomocą
 wyłącznie z pomocą
 na wózku inwalidzkim
 jest osobą leżącą

ZALECANY SPRZĘT I PRZEWIDYWANE EFEKTY REHABILITACJI:

.....

.....

.....

.....

Stwierdzam, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu.

.....
 (pieczętka i podpis lekarza specjalisty)

* dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni; **ważne 3 miesiące od daty wystawienia**