

Data wpływu:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## WNIOSEK

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

**POUCZENIE:** zakupu przedmiotu wniosku nie można dokonać przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

##### ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/ opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/ niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

##### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy

<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne: <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe	
<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 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 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 1**

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

**Przedmiot 2**

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



## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

Uprowadzony/uprowadzona 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 nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że o udzielenie wsparcia w zakresie objętym wnioskiem nie ubiegam się na terenie innej jednostki samorządu terytorialnego (powiatu).

Oświadczam, że w ciągu trzech lat poprzedzających złożenie wniosku nie byłam/em stroną żadnej umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie, w szczególności wynikających z niewłaściwie zrealizowanych lub nierozliczonych umów dofinansowań.

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.

Adres podany we wniosku jest moim stałym miejscem zamieszkania.

**Posiadam środki własne, pozyskane z innych źródeł, nie pochodzące ze środków PFRON na pokrycie różnicy pomiędzy dofinansowaniem ze środków PFRON, a ceną rzeczywistą sprzętu rehabilitacyjnego.**

#### Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Dofinansowanie będzie przyznane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu brzozowskiego na dany rok i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
2. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 80% kosztów realizacji zadania.
3. **Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.**
4. Przyjmuje do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem. Nie gwarantuje też, że kwota przyznanego dofinansowania będzie równa oczekiwanej przez Wnioskodawcę.

#### Klauzula informacyjna RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku z złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

##### *Tożsamość administratora*

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

##### *Dane kontaktowe administratora*

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

##### *Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych*

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

##### *Cele przetwarzania*

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

##### *Podstawa prawna przetwarzania*

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”. Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

##### *Okres, przez który dane będą przechowywane*

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

##### *Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe*

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,

## Wniosek, Rehabilitacja społeczna – Sprzęt rehabilitacyjny

6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

### *Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego*

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

## WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

### w przypadku wymaganych kserokopii oryginały dokumentów należy przedstawić do wglądu

1.	Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art.5 lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed dniem 1 stycznia 1998 r. <b>(oryginał do wglądu);</b>
2.	Aktualne zaświadczenie wydane przez <b>lekarza specjalistę</b> , zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych na wskazanym sprzęcie (ważne 3 miesiące od daty wystawienia) – <b>załącznik nr 1</b>
3.	Oferta handlowa sprzętu rehabilitacyjnego np. specyfikacja przedmiotu dofinansowania lub faktura PROFORMA z dołączonym opisem technicznym wnioskowanego sprzętu;
4.	W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - <b>kserokopia</b> zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego, a w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – <b>kserokopia</b> pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza.





.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego  
***(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)***

Imię i nazwisko:.....

PESEL .....

Adres zamieszkania: .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej oraz inne współistniejące choroby, a także schorzenia  
wynikające z rodzaju niepełnosprawności:

.....  
.....

2. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu  
sprzętu rehabilitacyjnego:

tak

nie

3. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny (podać nazwę) :

.....  
.....

4. Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w  
sprzętu oraz rokowania na przyszłość, w tym przewidywane skutki zmniejszenia  
niepełnosprawności:

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)



*Załącznik nr 2*

**SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINASOWANIA**  
(wypełnia sprzedawca/dostawca)

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa urządzenia</b>	<b>Orientacyjna cena</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
<b>RAZEM:</b>		

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis Sprzedawcy/Dostawcy)