Nr sprawy: PCPR.552. …….. 2026

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
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ we własnym imieniu ☐ jako rodzic/ opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/ niepełnoletniego podopiecznego ☐ jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego ☐ jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie
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:	☐ kobieta ☐ mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu/ nr lokalu	

Kod pocztowy i poczta	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu/ nr lokalu	
Kod pocztowy i poczta	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu / nr lokalu	
Kod pocztowy i 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 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
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:	…… …… …… …… …… …… …… …… …… ……

Przedmiot 2	
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:	……

PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)	
Nazwa pola	**Do uzupełnienia**
Przewidywany koszt:	
Kwota wnioskowana:	
Uzasadnienie:	……

II. 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 lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
☐ 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

Uprzedzony/uprzedzona 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.
Oświadczam, że orzeczenie o niepełnosprawności/o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważne), złożone do wniosku jest prawomocne i ostateczne oraz że nie wniesiono odwołania od niniejszego orzeczenia.
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 ze 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,
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.

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*

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. **(oryginał do wglądu);**
2.	Aktualne zaświadczenie wydane przez **lekarza specjalistę**, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych na wskazanym sprzęcie (ważne 3 miesiące od daty wystawienia) – ***załącznik nr 1***
3.	Oferta handlowa sprzętu rehabilitacyjnego np. specyfikacja przedmiotu dofinansowania ***(załącznik nr 2)*** lub faktura PROFORMA z dołączonym opisem technicznym wnioskowanego sprzętu;
4.	W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - **kserokopia** zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego, a w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – **kserokopia** pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza.

Załącznik nr 1

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Wypełnia lekarz specjalista
(ważne 3 miesiące)

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*)*

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

…… ……

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis Sprzedawcy/Dostawcy)