Data wpływu: **Nr sprawy: PCPR.552. …….. 2023**

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

WNIOSEK

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ we własnym imieniu ☐ jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego ☐ jako rodzic/ opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/ niepełnoletniego podopiecznego ☐ jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie z dnia:	
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:	
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:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

☐ Taki sam jak adres zamieszkania Wnioskodawcy

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	

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

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

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

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

1. **Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2021. poz. 2345) – 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.**
2. 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.
3. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku nie uzyskałam/em ze środków PFRON dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, oraz że o udzielenie wsparcia w zakresie objętym wnioskiem nie ubiegam się na terenie innej jednostki samorządu terytorialnego (powiatu).
5. Oświadczam, że w ciągu trzech lat poprzedzających złożenie wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
6. ***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:

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.

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.	Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych
3.	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);
4.	Oferta handlowa sprzętu rehabilitacyjnego np. kosztorys ofertowy, faktura PROFORMA, (zawierająca cenę oraz opis techniczny wnioskowanego sprzętu);
5.	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;

Klauzula informacyjna RODO
dla osoby, której dane są przetwarzane w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. U. UE. L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO" informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
   1) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, z siedzibą mieszczącą się pod adresem: Al. Jana Pawła II 13, 00 – 828 Warszawa, tel. 22 50 55 500, e-mail kancelaria@pfron.org.pl w zakresie danych przetwarzanych w ramach platformy ***System Obsługi Wsparcia.***
   2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie, z siedzibą mieszcząca się pod adresem: ul. 3-go Maja 51, 36-200 Brzozów, tel. 13 434 47 56 w zakresie danych przetwarzanych w dokumentacji papierowej i innych zbiorach danych, prowadzonych w związku z przyjmowaniem i rozpatrywaniem wniosków przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie.

2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez:
   1) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Inspektorem Ochrony Danych drogą elektroniczną pod adresem iod@pfron.org.pl .
   2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie, Inspektorem Ochrony Danych drogą elektroniczną pod adresem e-mail: inspektor@cbi24.pl bądź pisemnie, kierując korespondencję tradycyjną na adres Administratora podany w pkt 1.

3. Pani/Pana dane osobowe podlegają przetwarzaniu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b) RODO, jako niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego Administratora określonego przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* oraz ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego*, Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. *w sprawie określenia rodzajów zadań, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych* – w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Jeżeli poda Pani/Pan dane oznaczone jako „**dobrowolne**" (numer telefonu, adres e-mail), to Administrator potraktuje takie zachowanie jako wyraźne działanie potwierdzające, że wyraża Pani/Pan zgodę na przetwarzanie tych danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit a) RODO, w celu wskazanym w zdaniu poprzedzającym. W odniesieniu do tych danych ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
4. Pani/Pana dane mogą zostać przekazane następującym kategoriom odbiorców: a) podmiotom przetwarzającym – osobom fizycznym lub prawnym, organom publicznym, jednostkom lub innym podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora – w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT; b) podmiotom lub organom którym Administrator jest ustawowo obowiązany przekazywać dane lub uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa; c) operatorom pocztowym; d) pracownikom Administratora upoważnionym do przetwarzania danych w celu wskazanym w pkt 3.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt 3, z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt Administratora tj. 10 lat, ustawie z dnia 14 lipca 1983 r. *o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach* bądź innych przepisach prawa, które regulują okresy przechowywania danych.
6. Posiada Pani/Pan prawo żądania od Administratora dostępu do, dotyczących Pani/Pana, danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych - w zakresie i na zasadach określonych przepisami prawa ochrony danych osobowych.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), jeżeli sądzi Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym - osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Konsekwencją niepodania, wymaganych ustawą, danych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku. Podanie danych osobowych „dobrowolnych", nie wymaganych ustawą, pozostaje bez wpływu na cel przetwarzania.

Brzozów, dn. ……

……..……..
(podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

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)

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Wypełnia lekarz specjalista
(ważne 3 miesiące)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych na wskazanym sprzęcie

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko:……. .....

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres zamieszkania: .....

1. Posiada dysfunkcje narządu ruchu (określić jakie) lub inne schorzenia:

.....

.....

.....

2. W/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie :

.....

.....

.....

3. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny :

.....

.....

.....

....
(miejscowość, data) (pieczęć i podpis lekarza)