

Data wpływu:
Nr wniosku:.....



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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

Imię:.....

Drugie imię:.....

Nazwisko:.....

PESEL:.....

Data urodzenia:.....

Płeć mężczyzna kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

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

Inny

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Imię:.....

Drugie imię:.....

Nazwisko:.....

PESEL:.....

Data urodzenia:.....

Płeć mężczyzna kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Miejscowość:.....

Ulica:Nr domu/ Nr lokalu:.....

Kod pocztowy/poczta :.....

Nr telefonu:..... Adres e-mail:.....

Rodzaj miejscowości: miasto wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grup <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<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
Rodzaj niepełnosprawności:	<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

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

Ze środków finansowych PFRON*: nie korzystałem korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy lub Nr wniosku	Data zawarcia umowy lub data złożenia wniosku	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B- PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot

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

Forma przekazania środków finansowych

Właściciel konta (imię i nazwisko):.....
 Nazwa banku:.....
 Nr rachunku bankowego.....

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

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2021r. poz. 2345 ze zm.) - 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, iż nie miałem/am zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz że nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (dalej: RODO), zostałem poinformowany, iż: Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Dąbrowie Tarnowskiej, ul. Szpitalna 1, 33-200 Dąbrowa Tarnowska.

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@pcprdt.pl.

Przetwarzanie moich danych osobowych odbywać się będzie wyłącznie w celu wypełnienia ciążących na PCPR obowiązków prawnych w celu realizacji zadań statutowych PCPR [podstawa prawna Art. 6 ust. 1 lit. c) oraz Art. 9 ust. 2 lit. b) RODO], ochrony interesów publicznych oraz relatywizacji interesów prawnych [podstawa z art. 6 ust. 1 lit. e oraz lit. f RODO].

Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych znajdują się w klauzuli informacyjnej dla klientów PCPR dostępnej na stronie <https://bip.malopolska.pl/pcprwdtarnowskiej,m,305923,klauzula-informacyjna-dla-klientow-pcpr-i-pzon.html> w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na tablicach ogłoszeniowych PCPR w Dąbrowie Tarnowskiej.

.....
data

.....
(podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika)

Załączniki:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej, stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed 1 stycznia 1998r. lub w przypadku osoby do 16 r. życia orzeczenie o niepełnosprawności.
2. Zaświadczenie lekarskie o konieczności prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wskazanego sprzętu).
3. Oferty cenowe (co najmniej dwóch sprzedawców) wnioskowanego sprzętu lub urządzenia (dopuszcza się ofertę internetową).
4. Inne/jakie ?.....

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Adres.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- inna dysfunkcja narządu ruchu
- wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe
- inne (podać jakie)

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej.....

.....

.....

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:.....

.....

Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego TAK NIE

W przypadku wnioskowania o dofinansowanie do zakupu łóżka rehabilitacyjnego proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:

a) Zakupione łóżko pozwoli osobie niepełnosprawnej osiągnąć cele rehabilitacyjne określone w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.

TAK NIE

b) Zakupione łóżko usprawni samoobsługę lub opiekę nad chorym.

TAK NIE

Data

.....

Podpis i pieczętka lekarza

* właściwie zaznaczyć