

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny
indywidualnych osób niepełnosprawnych nie prowadzących działalności gospodarczej

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

Adres zamieszkania

- miejscowość:

ulica Nr domu

Nr telefonu

2. PESEL

3. Przedmiot dofinansowania:

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

4. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosiłzł (*zgodnie z przypisem nr 1*)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

5. Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

.....
.....

6. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania (krótkie uzasadnienie):

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

7. Przewidywany koszt realizacji zadania:

.....
.....

8. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków Funduszu:

❖ Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie PFRON				❖ TAK / NIE*
Nr zawartej umowy	Kwota	Cel	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia
Razem:		Razem kwota rozliczona		

9. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu (do 80% kosztów tego sprzętu zawartych w pkt. 7, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia):

.....
.....

10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

.....syn/córka.....
(imię i nazwisko) (imię ojca)

Seria i nr dowodu osobistego.....wydany w dniu

Przez.....

Nr PESEL.....

Miejscowość.....ulica.....

nr domu..... nr lokalu..... Nr kodu poczta

Nr telefonu kontaktowego

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem * dla

(postanowieniem Sądu z dniasygn. akt*...../ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*.....

z dn. repet. nr

11. Oświadczenia:

- ✓ Zobowiązuję się do zapłaty z własnych środków co najmniej 20% kosztów sprzętu rehabilitacyjnego pomniejszych o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.
- ✓ Nie posiadam zaległości wobec Funduszu oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/byłam stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- ✓ Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich dla celów tej jednostki 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 (zwane dalej RODO) i przepisami krajowymi z zakresu ochrony danych osobowych.
- ✓ Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2018, poz. 1600, z późn. zm.) oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

„Art. 233.

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”

- ✓ O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich niezwłocznie od zaistniałej zmiany,
- ✓ Przyjmuje do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

.....
(podpis wnioskodawcy lub opiekuna
prawnego/pełnomocnika/przedstawiciela
ustawowego osoby niepełnosprawnej)

* niewłaściwe skreślić

Do wniosku załączam:

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
2. Zaświadczenie lekarza potwierdzające potrzebę rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego (druk w załączeniu),
3. Kosztorys sprzętu rehabilitacyjnego,
4. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustaleniu opiekuna prawnego.

Przypis nr 1

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się między innymi:

- 1) świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- 2) świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Szczegółowe zasady ustalania dochodu zostały określone w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 2220, z późn. zm.). Zgodnie z tym artykułem – dochód to: po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób, min. przychody podlegające opodatkowaniu (...), pomniejszone koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy, składki na ubezpieczenia społeczne oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016r. informujemy, iż:

Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych	
TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA	Administratorem danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich, mający siedzibę w Strzelcach Opolskich 47-100 przy ul. Chrobrego 5
DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA	Z administratorem danych można się skontaktować poprzez adres email sekretariat@pcpr.strzelceop.pl , za pośrednictwem ePUAP, pisemnie na adres siedziby administratora lub osobiście w siedzibie administratora.
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	Został wyznaczony inspektor ochrony danych, z którym może się Pani / Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem, poprzez danych email iod@powiatstrzelecki.pl lub tel. 77 440 17 82.
CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWA PRAWNA	Pani / Pana dane będą przetwarzane w celu: -ubieganie się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, -realizacji projektów finansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego -realizacji zadań wspierających rodziny i system pieczy zastępczej, -realizacji umów z kontrahentami oraz współpracującymi instytucjami, -prowadzenie postępowań o udzielenie zamówień publicznych -archiwizacja posiadanych dokumentów i danych, -oraz prowadzenie spraw z zakresu zadań i obowiązków dotyczących PCPR w Strzelcach Opolskich niewymienionych wyżej. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c, e, b, art.9.ust. 2 pkt g RODO(dane szczególnych kategorii np. zdrowia)oraz art.10 RODO (dane dotyczące wyroków skazujących i czynów zabronionych).
ODBIORCY DANYCH	Pani / Pana dane osobowe mogą być przekazywane innym organom publicznym i podmiotom przetwarzającym dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów (np. Sąd, Policja , Urząd Gminy,) a także podmiotom działającym na zlecenie administratora takim jak dostawcy usług informatycznych, przy czym zakres przetwarzania ograniczony jest wyłącznie do zakresu związanego z realizacją zadań w tych systemach.
OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH	Pani / Pana dane będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów dotyczących instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt i działania archiwów zakładowych. Natomiast zbiory tworzone doraźnie usuwane są bezpośrednio po osiągnięciu celu przetwarzania.
PRAWA PODMIOTÓW DANYCH	Przysługuje Pani / Panu prawo: - dostępu do Pani/Pana danych oraz uzyskania ich kopii, - sprostowania (jeżeli są nieprawidłowe), - sprzeciwu ich przetwarzania oraz usunięcia lub ograniczenia przetwarzania (tylko w ściśle określonych przypadkach).
PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO	Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani / Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia. Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) Adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa Telefon: 22 531 03 00
INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH	Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa, jest także warunkiem realizacji zadań i niezbędne do załatwienia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach O

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

....., dnia 20.....r.
(miejsowość)

Zaświadczenie lekarza

Potwierdzam, że u osoby:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu:

.....
(rodzaj i nazwa wymaganego sprzętu rehabilitacyjnego)

Uzasadnienie

.....
Podać rodzaj schorzenia lub dysfunkcji

.....

.....

.....

.....

.....

Zaświadczenie wydawane jest na prośbę pacjenta, celem przedłożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)