

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE  
ze środków finansowych Państwowego Funduszu  
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

nr PCPR.ZN.7010.....2021

data wpływu wniosku (dzień, miesiąc, rok)

/ proszę wypełnić drukowanymi literami /

**1. Dane Wnioskodawcy** (osoby niepełnosprawnej dla której dokonano lub zostanie dokonany zakup):

Imię/Imiona: ..... Nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

nr PESEL:           nr tel. .... e-mail .....

nazwa banku: ..... Nr rachunku bankowego:

**2. Dane przedstawiciela ustawowego** (dla małoletniego Wnioskodawcy), **opiekuna prawnego lub pełnomocnika:**

Imię/Imiona: ..... Nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

nr PESEL:           nr tel. .... e-mail .....

nazwa banku: ..... Nr rachunku bankowego:

**CZĘŚĆ A. Informacje o Wnioskodawcy (proszę wstawić „X” we właściwej rubryce):**

**1. Stan prawny związany z niepełnosprawnością (posiadane orzeczenie):**

- ZNACZNY stopień lub orzeczenie równoważne, np. o zaliczeniu do I grupy inwalidów
- UMIARKOWANY stopień lub orzeczenie równoważne, np. o zaliczeniu do II grupy inwalidów
- LEKKI stopień lub orzeczenie równoważne, np. o zaliczeniu do III grupy inwalidów
- Orzeczenie o niepełnosprawności (dot. osób w wieku do lat 16)
- Inne orzeczenie (jakie?) .....

**2. Rodzaj niepełnosprawności:**

- schorzenie neurologiczne
- dysfunkcja narządu wzroku (osoba niedowidząca)
- dysfunkcja narządu wzroku (osoba niewidoma)
- dysfunkcja narządu wzroku (osoba głuchoniewidoma)
- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?) .....
- inny rodzaj niepełnosprawności (jaki?) .....

**3. Informacje uzupełniające dotyczące stanu zdrowia:**

Wnioskodawca porusza się w obrębie zamieszkiwanego lokalu / domu:

- samodzielnie  przy pomocy innych osób
- jest całkowicie zależny od innych osób (np. osoba leżąca)

Wnioskodawca jest w stanie wychodzić z / wchodzić do zamieszkiwanego lokalu / domu:

samodzielnie                       przy pomocy innych osób

jest całkowicie zależny od innych osób (np. osoba leżąca)

Posiadany i wykorzystywany przez wnioskodawcę sprzęt rehabilitacyjny i ortopedyczny (np. chodzik, kule, obuwie ortopedyczne, protezy kończyn): .....

.....

**4. Sytuacja zawodowa / sytuacja na rynku pracy:**

osoba zatrudniona                       osoba ucząca się i niepracująca

osoba zarejestrowana w urzędzie pracy jako bezrobotna lub poszukująca pracy

osoba nieaktywna zawodowo (np. emeryt, rencista) niezainteresowana podjęciem zatrudnienia

inna sytuacja (jaka?) .....

**5. Zdobyte wykształcenie (poziom wykształcenia):**

brak wykształcenia                       podstawowe                       gimnazjalne

zawodowe                       średnie                       wyższe

inne (jakie?) .....

**6. Informacje o korzystaniu ze wsparcia, przyznanego w ramach zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc **ze środków PFRON** do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub zakupu przedmiotu niniejszego wniosku (w ramach wniosków o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny i programów realizowanych przez Oddziały PFRON):

**NIE**     **TAK**, w ..... roku (dofinansowaniem objęto: .....,  
.....),

a także w ..... roku (dofinansowaniem objęto: .....,  
.....)

Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc **ze środków innych niż PFRON** do zakupu przedmiotu niniejszego wniosku:

**NIE**     **TAK**, w ..... roku (dofinansowaniem objęto: .....,  
.....),

Wsparcie to zostało udzielone przez: .....

**7. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (dotyczy 3 ostatnich lat licząc od dnia złożenia wniosku)**

Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON we wspomnianym okresie  **TAK**     **NIE**

*(jeśli „TAK”, należy wypełnić tabelę poniżej, wykazując wsparcie PFRON przyznane na podstawie umowy / umów dofinansowania)*

l.p.	Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota w zł	Cel dofinansowania / nazwa zadania	Stan rozliczenia	Źródło dof., np.: /samorząd powiatowy/ samorząd wojewódzki
1	..... ..... .....	.....	..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> rozliczono prawidłowo <input type="checkbox"/> w rozliczeniu <input type="checkbox"/> nie rozliczono	..... ..... .....

2	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> rozliczono prawidłowo <input type="checkbox"/> w rozliczeniu <input type="checkbox"/> nie rozliczono	..... ..... .....
3	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> rozliczono prawidłowo <input type="checkbox"/> w rozliczeniu <input type="checkbox"/> nie rozliczono	..... ..... .....
	RAZEM	.....			

### CZĘŚĆ B. Informacje dotyczące przedmiotu wniosku i celu dofinansowania

(proszę wstawić „X” we właściwej rubryce):

<p><b>1. Miejsce realizacji zadania:</b> .....</p>
<p><b>2. Przedmiot dofinansowania:</b> zakup .....          (powyżej należy napisać nazwę sprzętu, o dofinansowanie którego ubiega się Wnioskodawca na podstawie niniejszego wniosku; chodzi tu o sprzęt służący <b>aktywnej rehabilitacji w warunkach domowych</b>, którego zakup <b>nie może być objęty refundacją Narodowego Funduszu Zdrowia</b>)</p>
<p><b>3. Informacje o kosztach zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:</b></p> <p>a) Przewidywany koszt brutto realizacji zadania (100%): ..... zł          (słownie: .....)</p> <p>b) Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: ..... zł          (słownie: .....)          co stanowi ..... % przewidywanych kosztów brutto realizacji zadania,</p> <p>c) Deklarowany przez Wnioskodawcę procent pokrycia kosztów realizacji zadania (wkład własny), <b>ponad obowiązkowe 20%:</b> ..... %</p> <p>d) Deklarowany przez sponsora procent pokrycia kosztów realizacji zadania: ..... %          Inne niż PFRON źródła finansowania zadania: .....</p>
<p><b>4. Cel zaopatrzenia we wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny (z krótkim uzasadnieniem):</b>           .....          .....          .....          .....          .....          .....          .....</p>

**CZĘŚĆ C. Oświadczenia Wnioskodawcy (proszę wstawić „X” we właściwej rubryce):**

Oświadczam, że:			
1.	w przypadku przyznania dofinansowania zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia/urządzeń, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków PFRON kwotą dofinansowania	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2.	posiadam środki finansowe na wymagany wkład własny (minimum 20%) na realizację zadania będącego przedmiotem niniejszego wniosku	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3.	dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
4.	o dofinansowanie zakupu, będącego przedmiotem niniejszego wniosku ubiegam się wyłącznie w PCPR w Nowym Dworze Mazowieckim	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
5.	zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
6.	mam zaległości wobec PFRON	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
7.	byłem/am w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, <b>rozwiązanej</b> z przyczyn leżących po mojej stronie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
8.	jest świadomy, iż zgodnie z § 9 ust. 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowanie PFRON <b>„Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu”</b>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

9. Osoby pozostałe we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą			Średni dochód miesięczny netto (w zł)
a)	Wnioskodawca	Niepełnosprawność (o ile dotyczy)	..... zł
	Osoby spokrewnione (należy wpisać <b>wyłącznie</b> stopień pokrewieństwa np. ojciec, córka) i inne	stopień	rodzaj
b)			..... zł
c)			..... zł
d)			..... zł
e)			..... zł
f)			..... zł
<b>RAZEM</b>			..... zł

10. Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi .....

(słownie: ..... )

**Ważne:** Składając oświadczenie o dochodzie rodziny należy dodać dochody wszystkich członków gospodarstwa domowego za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku. Później należy podzielić uzyskany wynik na 3 (tj. wyliczyć średni miesięczny dochód), a następnie trzeba podzielić wynik przez liczbę osób w gospodarstwie domowym. Osoby składające wniosek w miesiącach styczeń – marzec składają oświadczenie o dochodach wyliczone z IV kwartału roku poprzedzającego rok złożenia wniosku tj. z miesięcy: październik – grudzień. Następnie, wnioski składane w miesiącach kwiecień – czerwiec powinny zawierać oświadczenia dotyczące I kwartału roku w którym są składane tj. z miesięcy: styczeń – marzec. Analogicznie pozostała część roku.

11. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

**Ważne:** w przypadku samodzielnie prowadzonego gospodarstwa domowego osoba niepełnosprawna wpisuje cyfrę: 1

.....  
podpis wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego /  
opiekuna prawnego / pełnomocnika

#### UWAGA!

Osoba nie mogąca pisać, lecz mogąca czytać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej, bądź w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca a obok tego odcisku inna osoba wpisze jej imię i nazwisko, umieszczając swój podpis, bądź też w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się inna osoba a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza lub wójta, burmistrza, prezydenta miasta, starostę lub też marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać. Osoba nie mogąca czytać może złożyć oświadczenie woli na piśmie lecz powinno ono być złożone w formie aktu notarialnego. Zaś w przypadku, gdy osoba nie jest w stanie wyrazić swojej woli w żaden z powyższych sposobów ze względu na swoje schorzenie lub wiek powinna mieć ustanowionego opiekuna prawnego.

Do niniejszego wniosku można dołączyć zaświadczenia o dochodach wnioskodawcy oraz osób wspólnie z nim gospodarujących za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (np. zaświadczenia z Urzędu Gminy, odcinki renty, emerytury, wyroki sądowe w przypadku alimentów, itd.), kopię dowodu osobistego wnioskodawcy i/lub jego pełnomocnika bądź opiekuna, jak również kopię dokumentu potwierdzającego sposób reprezentacji (dot. opiekunów prawnych, pełnomocników itp.); **oryginał do wglądu**

## Klauzula informacyjna z art. 13 RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”, **poinformowano mnie, że:**

- 1) administratorem moich danych osobowych / i danych osobowych mojego podopiecznego: ..... jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowym Dworze Mazowieckim przy ul. Chemików 6, zwane dalej Administratorem oraz, że Administrator prowadzi operacje przetwarzania moich danych osobowych oraz mojego podopiecznego (o ile dotyczy),
- 2) inspektorem danych osobowych u Administratora jest Magdalena Sędek, e-mail: [iod@pcprndm.pl](mailto:iod@pcprndm.pl),
- 3) moje dane osobowe (i ewentualnie dane osobowe ww. podopiecznego) przetwarzane będą w celu realizacji zadania powiatu – dofinansowanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.), ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 926); w tym w celu wydawania rozstrzygnięć i ich realizacji. Dane osobowe będą udostępniane osobom lub podmiotom, które wykażą podstawę prawną dostępu do tych danych,
- 4) podstawą przetwarzania moich danych osobowych (i ewentualnie danych osobowych ww. podopiecznego) przez Administratora jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- 5) podanie danych jest niezbędne do realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w tym w celu wydawania rozstrzygnięć i ich realizacji, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest wykonanie ww. czynności,
- 6) posiadam prawo do:
  - dostępu do danych osobowych mnie dotyczących i ewentualnie danych osobowych ww. podopiecznego,
  - sprostowania moich danych osobowych i ewentualnie danych osobowych ww. podopiecznego,
  - żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego),
  - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących i/lub dotyczących ww. podopiecznego narusza przepisy RODO,
- 7) nie przysługuje mi:
  - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
  - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO,
  - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- 8) moje dane osobowe i ewentualnie dane osobowe ww. podopiecznego nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 9) moje dane osobowe i ewentualnie dane osobowe ww. podopiecznego nie będą przekazywane do odbiorcy w państwie trzecim lub do organizacji międzynarodowej,
- 10) moje dane osobowe i ewentualnie dane osobowe ww. podopiecznego będą przechowywane przez okres 10 lat od momentu archiwizacji dokumentów.

.....  
( data )

.....  
( podpis osoby zapoznanej z klauzulą )

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodna z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim ul. Chemików 6 w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w tym w celu, wydawania rozstrzygnięć i ich realizacji. Dane osobowe będą udostępniane osobom lub podmiotom, które wykażą podstawę prawną dostępu do tych danych,
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....  
( data )

.....  
( podpis osoby składającej oświadczenie )

## Informacje poniżej wypełnia PCPR

### CZĘŚĆ D. ADNOTACJE URZĘDOWE PCPR - decyzje dotyczące rozpatrzenia wniosku:

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

.....  
( data )

.....  
( pieczęć i podpis osoby podejmującej decyzję )

**Załączniki do wniosku nr PCPR.ZN.7010.....2021 o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny; wymagane (pozycje: 1 i 2) oraz dodatkowe**

/ TABELĘ WYPEŁNIA PRACOWNIK PCPR /

l.p	Załączniki	Załączono do wniosku TAK/NIE	Data uzupełnienia
1	<b>Kopia orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność</b> (oryginał do wglądu)		
2	Aktualne <b>zaświadczenie lekarskie</b> , wystawione czytelnie i w języku polskim zawierające informacje o rodzaju posiadanych schorzeń sporządzone zgodnie z załącznikiem do wniosku ( <b>ważne 3 miesiące od wystawienia</b> );		
	<b>Inne załączniki; dodatkowe dokumenty przedstawiające sytuację wnioskodawcy (w tym materialną, zdrowotną) służące uzasadnieniu zaopatrzenia we wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny i mogących mieć wpływ na zakres i wysokość wsparcia ze środków PFRON (np. punkty 4-9)</b>		
3	Oferta cenowa/faktura proforma dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania		
4	Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób,		
5	Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy,		
6	Zaświadczenia o dochodach wnioskodawcy oraz osób wspólnie z nim gospodarujących za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (np. zaświadczenia z Urzędu Gminy, odcinki renty, emerytury, wyroki sądowe w przypadku alimentów, itd.),		
8	Kopia dokumentu potwierdzającego sposób reprezentacji (dotyczy opiekunów prawnych i pełnomocników itp.)		
9	Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego na użytkowanie wnioskowanego sprzętu w miejscu zamieszkania wnioskodawcy (w uzasadnionych przypadkach),		
10	.....		