

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.

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich

1. Informujemy, że podane przez Państwa dane osobowe będą przetwarzane i administrowane 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.
2. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich, z siedzibą w Strzelcach Opolskich 47-100, ul. Bolesława Chrobrego 5.
3. Inspektorem Ochrony Danych jest Pani Monika Frejlich. W sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych można skontaktować się:
numer telefonu: 77 440 17 82
adres e-mail: iod@powiatstrzelecki.pl
siedziba: Starostwo Powiatowe w Strzelcach Opolskich 47-100, ul. Jordanowska 2.
4. Odbiorcą danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich oraz podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, z którymi podpisano umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c, e RODO oraz innych przepisów prawa, które zobowiązują i wskazują na konieczność przetwarzania danych - w celu realizacji zadań z obszaru polityki społecznej powiatu określonych w ustawie o pomocy społecznej, ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i prowadzonych w tym zakresie postępowań administracyjnych.
6. Dane osobowe będą przekazywane do innego państwa wyłącznie w przypadkach, kiedy wymaga tego prowadzone postępowanie.
7. Państwa dane osobowe przechowywane będą w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich przez okres niezbędny do zrealizowania zadania oraz zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r nr 14 poz.67 z póź. zm.).
8. Informujemy, że przysługuje Państwu prawo: dostępu do treści swoich danych osobowych, do ich sprostowania, usunięcia prawo do ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych osobowych, za wyjątkiem gdy przepisy prawa wyłączają Państwa prawa we wskazanym zakresie.
9. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z RODO przetwarzanie Państwa danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich.
10. Podanie przez Państwa danych osobowych jest:
 - a) warunkiem realizacji zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich i wynika z przepisów prawa,
 - b) dobrowolne, jednak niezbędne do załatwienia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich.

*Załącznik nr 1
do wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt
rehabilitacyjny indywidualnych osób niepełnosprawnych
nie prowadzących działalności gospodarczej*

.....
(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)

