

Nr wniosku: .....

Nr sprawy: .....



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Ulica:	
Nr domu/lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy	
Poczta:	
Nr telefonu (podanie numeru nie jest obowiązkowe ale ułatwi kontakt):	
Adres e-mail (podanie e-maila nie jest obowiązkowe ale ułatwi kontakt):	

## ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Nazwisko:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu/lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

## DANE OPIEKUNA USTAWOWEGO/PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA NOTARIALNEGO

Nie dotyczy

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

## DANE ADRESOWE

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Ulica:	
Nr domu/lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy	
Poczta:	
Nr telefonu (podanie numeru nie jest obowiązkowe ale ułatwi kontakt):	

## STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do lat 16 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
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <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
<p>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:</p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

## ŚREDNI DOCHÓD

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/korzystałam

korzystałem/korzystałam

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania ..... ..... .....	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (maksymalnie do 80%):	
Udział własny (nie mniej niż 20%):	
Miejsce realizacji: ..... .....	
Uzasadnienie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego: ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	

### 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:	_ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _

Konto Wykonawcy podane do 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
- Inna, jaka .....

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2022 poz. 1138 z późn. 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, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/byłam w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

### INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie, ul. gen. Józefa Hallera 5, 82-500 Kwidzyn.
2. Celem przetwarzania danych osobowych jest rozpatrzenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w sprzęt rehabilitacyjny.
3. Podstawą prawną przetwarzania jest:
  - a) art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. tj. wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
  - b) art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r., tj. osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów.
4. Odbiorcami danych osobowych są podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane, z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
7. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo do żądania od Administratora dostępu do dotyczących go danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Każda osoba, której dane dotyczą, w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody – ma prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofanie się ze zgody należy złożyć w formie pisemnej u Administratora. Konsekwencją wycofania się ze zgody będzie brak możliwości przetwarzania danych innych niż wynikające z przepisów prawa.
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. W określonych przypadkach podanie danych osobowych jest dobrowolne.
9. Decyzje dotyczące przetwarzania danych osobowych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany. Administrator nie profiluje danych osobowych.
10. Nie przewiduje się przetwarzania danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.
11. Każda osoba, której dane osobowe są przetwarzane ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. (22) 531 03 00.
12. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, który jest dostępny pod numerem telefonu: +48 791 150 939 lub pod adresem e-mail: [biuro@solved.com.pl](mailto:biuro@solved.com.pl).

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności (dzieci do lat 16) lub orzeczenia równoważnego.
2. 3 niezależne oferty cenowe dotyczące zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego wraz z krótką specyfikacją.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie od specjalisty uzasadniające konieczność zakupu wnioskowanego sprzętu oraz konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych (załącznik do wniosku).
4. W przypadku osób pomiędzy 18 a 24 rokiem życia i uczących się, zaświadczenie o kontynuowaniu nauki.
5. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – dokument potwierdzający pełnienie funkcji opiekuna prawnego.



.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....  
.....

2. Uszkodzenie narządów i układów oraz choroby współistniejące:

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

3. Rodzaj niepełnosprawności:

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim

Brak obu kończyn górnych

Brak jednej kończyny górnej

Brak obu kończyn dolnych

Brak jednej kończyny dolnej

Znaczny niedowład obu kończyn górnych

Znaczny niedowład jednej kończyny górnej

Znaczny niedowład obu kończyn dolnych

Znaczny niedowład jednej kończyny dolnej

Inna dysfunkcja narządu ruchu w zakresie .....

.....

Inne schorzenia (jakie?) .....

.....

4. Istnieje konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w postaci:

.....  
.....

5. Istnieje konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych ze względu na:

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

Data	Pieczęć i podpis lekarza

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
.....  
.....  
(adres zamieszkania)

**ZGODA WŁAŚCICIELA KONTA BANKOWEGO**  
(wypełnić w przypadku wypłaty na konto indywidualne osoby nie będącej Wnioskodawcą)

Ja, niżej podpisana/podpisany wyrażam zgodę na przekazanie przyznanego dla Pani/Pana ..... dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ma mój indywidualny rachunek bankowy podany w wniosku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku i powyższym oświadczeniu 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w wyżej wymienionym celu.

Miejscowość	Data	Podpis Właściciela konta