

Nr wniosku:

Nr sprawy:



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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Wartość |
|-----------------|---------|
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |

ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---------|
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr 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 | Wartość |
|---------------|---------|
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |

DANE PODOPIECZNEGO Nie dotyczy

| Nazwa pola | Wartość |
|-----------------|---------|
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |

DANE ADRESOWE

| Nazwa pola | Wartość |
|---|---------|
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Miejscowość: | |
| Kod pocztowy | |
| Poczta: | |
| Nr telefonu (podanie numeru nie jest obowiązkowe ale ułatwi kontakt): | |

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola | Wartość |
|---|--|
| 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 |

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**

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.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 poz. 1444, 1517) - 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.

| 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.

| 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. Oferta cenowa dotycząca 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

Pieczętka 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 |
|-------------|------|--------------------------|
| | | |