

Data wpływu:

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

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
------------	-----------------

Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat 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
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:

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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <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
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:	<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

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Ze środków finansowych PFRON:

nie korzystałem

korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	

Miejsce realizacji:	
Cel dofinansowania:	

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 80% kosztów realizacji zadania.

PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany koszt:	
Kwota wnioskowana:	
Uzasadnienie:	

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:	

W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

Konto Wykonawcy podane na 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
- Inne / jakie?

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - 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 wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

Załącznik

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane przez lekarza specjalistę dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wolsztynie**

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko PESEL

Adres zamieszkania.....

1 Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

2 Zalecany sprzęt rehabilitacyjny.....

3 Uzasadnienie celowości zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na poprawę
sprawności organizmu osoby niepełnosprawnej (przewidywane efekty)

4 Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu
wskazanego sprzętu.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

SPRZĘT REHABILITACYJNY - to **sprzęt** niezbędny do prowadzenia zajęć **rehabilitacyjnych**, mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w zakresie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zadań z zakresu rehabilitacji społecznej

Zgodnie z art.13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) uprzejmie informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych członków Państwa rodziny bądź podopiecznych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, ul. Marcinkowskiego 6, 64-200 Wolsztyn,
2. w przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych – Marcinem Kosickim, adres e-mail: iod@presstu.pl,
3. przekazane dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia procedury dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach zadań z zakresu rehabilitacji społecznej, w szczególności ustalenia kręgu osób uprawnionych do korzystania z rzeczowego dofinansowania poprzez rozpatrzenie wniosków, a także ustalenia wysokości dofinansowań i ich realizacji,
4. Pani/Pana dane osobowe, jak i dane osobowe członków Państwa rodziny bądź podopiecznych będą przetwarzane ze względu na prawnie ciążący obowiązek spoczywający na Administratorze na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 z późn. zm.),
5. podanie danych osobowych innych niż z powyższej podstawy prawnej jest dobrowolne, jednak konieczne w celu przeprowadzenia procedury dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zadań z zakresu rehabilitacji społecznej, w szczególności ustalenia kręgu osób uprawnionych do korzystania z rzeczowego dofinansowania poprzez rozpatrzenie wniosków, a także ustalenia wysokości dofinansowań i ich realizacji,
6. skutkiem niepodania danych osobowych jest brak możliwości uczestniczenia w procedurze dofinansowania, w szczególności ustalenia kręgu osób uprawnionych do korzystania z rzeczowego dofinansowania poprzez rozpatrzenie wniosków,
7. przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz danych osobowych członków Państwa rodziny bądź podopiecznych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie,
8. w przypadku powzięcia informacji o niewłaściwym przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych lub danych osobowych członków Państwa rodziny bądź podopiecznych przez Administratora przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi na przetwarzanie tych danych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania,
9. przekazane dane będą przechowane w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z Jednolitym Rzecзовym Wykazem Akt,
10. w przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zadań z zakresu rehabilitacji społecznej, dane osobowe zgromadzone w celu przeprowadzenia procedury dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zadań z zakresu rehabilitacji społecznej będą przetwarzane zgodnie z przepisami prawa wynikającymi już tylko z obowiązku archiwizacyjnego na podstawie Jednolitego Rzecowego Wykazu Akt,
11. odbiorcami Państwa danych osobowych oraz danych osobowych członków Państwa rodziny bądź podopiecznych mogą być instytucje uprawnione na podstawie przepisów prawa lub podmioty upoważnione na podstawie podpisanej umowy pomiędzy Dyrektorem PCPR, a podmiotem.

.....
data

.....
podpis

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Klauzula informacyjna.
2. Orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność.
3. Postanowienie oraz zaświadczenie sądu w przypadku ustanowienia opieki prawnej.
4. Pełnomocnictwo notarialne w przypadku osób niezdolnych do samodzielnego złożenia podpisu.
5. Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza specjalistę (ortopeda, neurolog, chirurg, rehabilitant) zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, szczegółowe uzasadnienie celowości zakupu sprzętu i konieczności prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych (ważne 3 miesiące od daty wystawienia), wg wzoru stanowiącego załącznik do wniosku.
6. Oferta cenowa lub faktura proforma dotycząca przedmiotu dofinansowania wystawiona na wnioskodawcę.

PROCEDURA ZAPOTARZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY

1. Druk wniosku można pobrać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, ul. Marcinkowskiego 6, pokój nr 2 lub wydrukować ze strony internetowej www.pcpwr.powiatwolsztyn.pl z zakładki: druki do pobrania.
2. Istnieje możliwość złożenia wniosku przez platformę ePUAP oraz on-line po założeniu konta w systemie SOW na portalu sow.pfron.org.pl.
3. W przypadku składania wniosku w wersji papierowej wypełniony wniosek wraz z załącznikami (wymienione wyżej) należy złożyć w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, natomiast w przypadku składania wniosku w systemie SOW lub przez platformę ePUAP wymagane załączniki należy zeskanować i wstawić do systemu. Wszelkie niezbędne informacje o systemie SOW znajdują się na stronie www.pfron.org.pl w zakładce: portal-sow.pfron.org.pl, który wyjaśnia sposób aplikowania o środki PFRON.
4. Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie ze środków Funduszu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, stosownie do potrzeb wynikających z jej niepełnosprawności, jeżeli średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:
50 % przeciętnego wynagrodzenia na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym, przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.
5. Wniosek niekompletny wymaga uzupełnienia w terminie 30 dni. Nieusunięcie braków w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
6. Rozpatrywanie wniosków następuje po otrzymaniu informacji z PFRON o wysokości środków na bieżący rok oraz po podziale tych środków na zadania przez Radę Powiatu Wolsztyńskiego.
7. Wnioski rozpatrywane są w kolejności składania, do wyczerpania limitu środków przyznawanych na ten cel.
8. Wnioski rozpatrywane są w oparciu o obowiązujące Zarządzenie Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie w sprawie przyznawania dofinansowania ze środków PFRON.
9. O przyznaniu lub o odmowie dofinansowania Wnioskodawca zostaje powiadomiony pisemnie. W przypadku złożenia wniosku przez system SOW, wniosek będzie procedowany w systemie.
10. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
11. Realizacja wniosku następuje na podstawie umowy zawartej z Wnioskodawcą, która określa w szczególności: strony umowy, zakres zadania podlegającego dofinansowaniu, wysokość środków przyznanych na realizację oraz termin wykonania zadania.
12. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie dokonuje rozliczenia dofinansowania po weryfikacji dokumentów rozliczeniowych informując Wnioskodawcę o dokonanym rozliczeniu.
13. Osoba niepełnosprawna, której nie zostało przyznane dofinansowanie może ponownie wystąpić o dofinansowanie składając nowy wniosek.
14. Wszelkie zmiany we wniosku, jak i rezygnację należy zgłosić do PCPR w formie pisemnej.
15. W przypadku zgonu Wnioskodawcy po złożeniu wniosku, w trakcie jego realizacji, bądź po pozytywnym rozpatrzeniu przyznane dofinansowanie nie zostanie wypłacone.