

POWIATOWE CENTRUM POMOCY
RODZINIE W WOLSZTYNIE
ul. Marcinkowskiego 6
64-200 Wolsztyn
tel. 68 384 35 02
e-mail: pcpr@powiatwolsztyn.pl
www.pcpr.powiatwolsztyn.pl

Data wpływu wniosku
(wypełnia PCPR)

Nr kolejny wniosku
(wypełnia PCPR)

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY**

I. DANE WNIOSKODAWCY

Imię Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Miejscowość kod pocztowy (poczta)

ulica..... nr domu..... nr lok..... tel..... e-mail.....

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (dla małoletniego dziecka), OPIEKUNA PRAWNEGO,
PEŁNOMONIKA NOTARIALNEGO (wypełnić, jeśli dotyczy)**

Imię..... Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Miejscowość kod pocztowy.....(poczta).....

ulica nr domu nr lok. tel.

e-mail:.....

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego w

z dnia sygnatura akt i nieodwołany na dzień składania wniosku.

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia

repertorium..... i nieodwołany na dzień składania wniosku.

II. POSIADANE ORZECZENIE (wstawić X we właściwej rubryce)

znaczny – (inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji oraz osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
umiarkowany – (inwalidzi II grupy oraz osoby całkowicie niezdolne do pracy)	
lekki – (inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy oraz osoby stale lub długotrwanie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
osoby w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności	

III. PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X we właściwej rubryce)

Upośledzenie umysłowe	
Choroby psychiczne	
Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
Choroby narządu wzroku	
Upośledzenie narządu ruchu	
Epilepsja	
Choroby układu oddechowego i układu krążenia	
Choroby układu pokarmowego	
Choroby układu moczowo-płciowego	
Choroby neurologiczne	
Inne	
Całościowe zaburzenia rozwojowe	
Głuchosłepota	

IV. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON /wstawić x we właściwe pole <input type="checkbox"/> /		<input type="checkbox"/> Tak (należy wypełnić tabelę) <input type="checkbox"/> Nie	
Cel dofinansowania	Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia
Likwidacja barier architektonicznych			
Likwidację barier technicznych			
Likwidacja barier w komunikowaniu się			
Zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny			
Inny, jaki:			
.....			

V. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE DOFINANSOWANIA

1. Cel dofinansowania (uzasadnienie potrzeby zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w oparciu o stan zdrowia)

.....

.....

.....

.....

.....

2. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

Wnioskuję o dofinansowanie do zakupu:

Lp.	Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego	Przewidywany koszt realizacji zadania (w zł)
1.		
2.		
3.		
RAZEM		

6. Przyjmuję do wiadomości, że złożony przeze mnie wniosek o uzyskanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny zostanie rozpatrzony po otrzymaniu z PFRON informacji o wysokości środków i uchwaleniu przez Radę Powiatu Wolsztyńskiego planu finansowego na bieżący rok.
7. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z jego przyznaniem.
8. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności, co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, PCPR wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
9. Przyjmuję do wiadomości, że nieusunięcie uchybień i niedostarczenie w ciągu 30 dni od otrzymania powiadomienia brakujących do wniosku załączników, spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
10. O zaistniałych zmianach mających wpływ na realizację wniosku zobowiązuję się powiadomić PCPR w Wolsztynie w terminie 14 dni.

.....
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy*/ przedstawiciela
ustawowego*/ opiekuna prawnego*/ pełnomocnika*

* *niepotrzebne skreślić*

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Nazwa załącznika	Wypełnia pracownik PCPR		
		Załączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi/
1.	Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci orzeczenie o niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Pełnomocnictwo pełnomocnika poświadczone przez notariusza dotyczy osób niepełnosprawnych, które nie składają podpisu samodzielnie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Postanowienie/zaświadczenie sądu o ustanowieniu opieki prawnej – dotyczy osób ubezwłasnowolnionych, które działają przez opiekuna prawnego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Aktualne zaświadczenie wypełnione przez lekarza specjalistę, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz uzasadnienie celowości zakupu sprzętu i konieczności prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do wniosku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Oferta cenowa lub kosztorys dotyczące planowanego zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Klauzula informacyjna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

.....
pieczętka i podpis pracownika PCPR

PROCEDURA ZAOPATRZENIA 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.pcpr.powiatwolsztyn.pl z zakładki: druki do pobrania. Wypełniony wniosek wraz z załącznikami należy złożyć w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie.
2. 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,
65 % przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.
3. Wniosek niekompletny wymaga uzupełnienia w terminie 30 dni. Nieusunięcie braków w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
4. 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.
5. Wnioski rozpatrywane są w kolejności składania, do wyczerpania limitu środków przyznawanych na ten cel.
6. Wnioski rozpatrywane są w oparciu o obowiązujące Zarządzenie Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w sprawie przyznawania dofinansowania ze środków PFRON.
7. O przyznaniu lub o odmowie dofinansowania Wnioskodawca zostaje powiadomiony pisemnie.
8. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
9. 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.
10. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie dokonuje rozliczenia dofinansowania po weryfikacji dokumentów rozliczeniowych.
11. Osoba niepełnosprawna, której nie zostało przyznane dofinansowanie może ponownie wystąpić o dofinansowanie składając nowy wniosek.
12. Wszelkie zmiany we wniosku, jak i rezygnację należy zgłosić do PCPR w formie pisemnej.
13. W przypadku zgonu Wnioskodawcy po złożeniu wniosku, w trakcie jego realizacji, bądź po pozytywnym rozpatrzeniu przyznane dofinansowanie nie zostanie wypłacone.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Treść klauzuli

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) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, ul. Marcinkowskiego 6, 64-200 Wolsztyn,
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Marcin Kosicki iod@presstu.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2020 r., poz. 920), Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1876), Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 821), Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 869), Ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1282), Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r., poz. 426 z późn. zm.),
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
6. posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie,
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2020 r., poz. 920), Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1876), Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 821), Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 869), Ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2019, poz. 1282), Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r., poz. 426 z późn. zm.) jest obligatoryjne, w pozostałych przypadkach dobrowolne.

.....

data

.....

czytelny podpis

Załącznik nr 1

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

.....
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