

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Wojska Polskiego 78 26-700 Zwoleń	Data wpływu wniosku do PCPR, pieczęć PCPR i podpis pracownika	Nr wniosku/Nr sprawy DRS.7010.....202....
--	---	---

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej**

Część A – DANE WNIOSKODAWCY ⁽¹⁾

Wnioskodawca składa wniosek: w własnym imieniu jako rodzic/opiekun prawny/pełnomocnik

	I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	II. DANE PERSONALNE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY
Imię/imiona i nazwisko		
PESEL		
Data urodzenia		
Dokument tożsamości - seria, numer, data wydania - wydany przez		Nie dotyczy
Nr telefonu		
Adres e-mail		
ADRES ZAMIESZKANIA		
Miejscowość		
Ulica		
Nr domu/Nr lokalu		
Kod pocztowy/poczta		
ADRES DO KORESPONDENCJI⁽¹⁾		
<input type="checkbox"/> taki sam, jak adres zamieszkania		
<input type="checkbox"/> inny		

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI⁽¹⁾	
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 <small>* dotyczy orzeczeń KRUS wydanych przed 1.01.1998r.</small>	<input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny* <input type="checkbox"/> osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym* <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie dotyczy
WAŻNOŚĆ ORZECZENIA	
Orzeczenie ważne	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> czasowo – do

(1) wstawić X we właściwej rubryce

Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾	<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"/> poruszanie 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	

IV. SYTUACJA ZAWODOWA⁽¹⁾		
Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Osoba w wieku 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca <input type="checkbox"/> Bezrobotny poszukujący pracy	<input type="checkbox"/> Rencista poszukujący pracy <input type="checkbox"/> Rencista/emeryt niezainteresowany podjęciem pracy <input type="checkbox"/> Dzieci i młodzież do lat 18 <input type="checkbox"/> Inne/ jakie?

V. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON⁽¹⁾					
Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (na podstawie umowy zawartej w okresie 3 lat przed złożeniem wniosku)				<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	
CEL WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON					
Lp.	Cel dofinansowania	Numer umowy	Data zawarcia umowy (przynajmniej rok)	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia
1.					
2.					
3.					

(1) wstawić X we właściwej rubryce

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu, ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwoleń dla potrzeb wynikających z realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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), Dz. Urz. UE L 119 z dn. 04.05.2016 r., s.1.
- Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Zostałem/łam poinformowany/a o prawach wynikających z art. 15-21 ww. Rozporządzenia.

ZAŁĄCZNIKI

1. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Kopia dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej, w przypadku składania wniosku przez opiekuna prawnego, pełnomocnika (oryginał do wglądu).
3. Aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty potwierdzające konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych, na sprzęcie, którego dotyczy wniosek. (Załącznik)
4. Faktura pro forma lub oferta cenowa na zakup wnioskowanego sprzętu wystawiona przez dostawcę sprzętu/urządzenia (przynajmniej z dwóch sklepów).
5. Zaświadczenie/oświadczenie o dochodach netto Wnioskodawcy i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.
6. W uzasadnionych przypadkach inne dokumenty niezbędne w celu realizacji wniosku.

UWAGA: PCPR w Zwoleniu ma możliwość wezwać Wnioskodawcę w celu okazania oryginału dokumentu.

.....
(miejsowość, data)

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

* niepotrzebne skreślić

UWAGA !!!

1. Podstawę dofinansowania zadań ze środków PFRON stanowi umowa zawarta przez Starostę Zwoleńskiego z osobą niepełnosprawną lub jej przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym. (§ 14 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Powiatowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Dz. U. 2015, poz. 926 ze zm.).
2. Dofinansowanie ze środków PFRON nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowaniu ze środków PFRON (§ 9 ust. 4 w/w Rozporządzenia).

Adnotacje przyjmującego wniosek

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

WYNIKI ROZPATRZENIA WNIOSKU (wypełnia PCPR):

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

.....
(data i podpis kierownika PCPR)

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu (ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwolen, telefon kontaktowy: 48 6763623).**
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej
- 4) Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – zwanymi dalej łącznie aktami prawnymi. Podstawą przetwarzania danych jest również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tj. wyrażona przez Państwa zgoda dla kategorii danych osobowych podanych dobrowolnie, to znaczy innych niż wymaganych przepisami prawa dla realizacji świadczenia.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres związany z realizacją dofinansowania a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji PCPR.
- 6) Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
- 7) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.
- 8) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
 - e) w przypadku zgody przysługuje prawo jej wycofania.
- 9) Podanie przez Państwa danych osobowych wymaganych dla realizacji świadczenia na podstawie aktów prawnych wskazanych w pkt. 4 jest obowiązkowe – nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Brak przekazania przez Państwa danych osobowych oznaczonych jako dobrowolne pozostaje bez wpływu na rozpatrzenie złożonego wniosku.
- 10) Państwa dane zostaną przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez PCPR umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją przysługujących Państwu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w tym do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Zaświadczenie lekarskie

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim.

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

Nr PESEL

Adres zamieszkania

.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu /układu

SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN GÓRNYCH:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN DOLNYCH:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

OSOBA PORUSZA SIĘ:

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą

ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE:

1. oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)

2. oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)

wózek inwalidzki kule łokciowe inne (jakie)

ZALECANY SPRZĘT I PRZEWIDYWANE EFEKTY REHABILITACJI:

.....

.....

.....

.....

Stwierdzam, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu ww. sprzętu.

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza specjalisty

W przypadku gdy Wnioskodawca nie składa wniosku osobiście, należy przedstawić pisemne oświadczenie Wnioskodawcy o upoważnieniu innej osoby do dostarczenia wniosku oraz do kontaktów z urzędem w jego sprawie.

..... 202... r.

(miejscowość)

(data)

O Ś W I A D C Z E N I E

.....

(Imię i Nazwisko Wnioskodawcy)

.....

.....

(adres zamieszkania)

Upoważniam Panią/Pana:

Imię/imiona i nazwisko,

PESEL,

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL),

Numer telefonu,

Adres e-mail,

do dostarczenia do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu w moim imieniu wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej wraz z wymaganymi załącznikami oraz do zasięgnięcia informacji w ww. sprawie.

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu, ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwolen dla potrzeb wynikających z realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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), Dz. Urz. UE L 119 z dn. 04.05.2016 r., s.1.
- Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Zostałem/łam poinformowany/a o prawach wynikających z art. 15-21 ww. Rozporządzenia.

.....

czytelny podpis osoby upoważnionej

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016 r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu (ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwolen, telefon kontaktowy: 48 6763623).**
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej.
- 4) Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – zwanymi dalej łącznie aktami prawnymi. Podstawą przetwarzania danych jest również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tj. wyrażona przez Państwa zgoda dla kategorii danych osobowych podanych dobrowolnie, to znaczy innych niż wymaganych przepisami prawa dla realizacji świadczenia.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres związany z realizacją dofinansowania a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji PCPR.
- 6) Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
- 7) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.
- 8) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
 - e) w przypadku zgody przysługuje prawo jej wycofania.
- 9) Podanie przez Państwa danych osobowych wymaganych dla realizacji świadczenia na podstawie aktów prawnych wskazanych w pkt. 4 jest obowiązkowe – nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Brak przekazania przez Państwa danych osobowych oznaczonych jako dobrowolne pozostaje bez wpływu na rozpatrzenie złożonego wniosku.
- 10) Państwa dane zostaną przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez PCPR umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją przysługujących Państwu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w tym do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.