

**WNIOSEK  
O DOFINANSOWANIE SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO  
ZE ŚRODKÓW PFRON**

**Wnioskodawca**.....

/ imię i nazwisko /

dowód osobisty: seria.....numer.....wydany w dniu.....

przez .....

nr PESEL.....

Adres: .....

..... tel. ....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego.....

.....

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub  
pełnomocnik.**

.....

/ Imię i nazwisko /

dowód osobisty: seria ..... numer.....wydany w dniu.....

przez.....

Numer PESEL .....,

Adres .....

..... tel. ....

ustanowiony opiekunem/ pełnomocnikiem.....

postanowieniem Sądu Rejonowego ..... z dnia .....

sygn. akt. ....na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dnia..... nr .....

**Posiadane orzeczenie** \* / właściwe zaznaczyć /

a/ o stopniu niepełnosprawności:      Znacznym      Umiarkowanym      Lekkim

b/ o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów:    I                    II                    III

c/ o całkowitej / częściowej / niezdolności do pracy, niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji, wydane przed 01.01.1998 r.

d/ o niepełnosprawności w przypadku dzieci do 16 roku życia



**Rodzaj niepełnosprawności \* / właściwe zaznaczyć /**

Dysfunkcja narządu ruchu, dysfunkcja narządu wzroku, dysfunkcja narządu słuchu i mowy, deficyt rozwojowy ( upośledzenie umysłowe ), niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

Proszę o dofinansowanie .....  
/ podać nazwę sprzętu /

Przewidywany koszt sprzętu.....zł.

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania do 80% wartości sprzętu..... zł.  
słownie;.....zł.

**Miejsce realizacji zadania**.....

**Cel dofinansowania**.....

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

**Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku) w tym poprzez PCPR oraz oddziały terenowe PFRON**  TAK  NIE

Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc oraz przedmiot dofinansowania)	Numer i data zawarcia umowy	Wysokość przyznanego dofinansowania	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona

**Oświadczenie:** niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ..... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

**Oświadczam, że:**

1. Przyznane dofinansowanie zostanie / nie zostanie\* przeznaczone na zakup sprzętu rehabilitacyjnego, który posiadam, lecz na skutek eksploatacji uległ zużyciu i nie nadaje się do dalszego użytkowania.
2. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie sprzętu rehabilitacyjnego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 20% ceny brutto).
3. O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śl. i nie będę ubiegał się w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).



4. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za fałszywe zeznania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śl. ul. Wrocławska 2, na potrzeby realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON, zgodnie 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 (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1) (dalej również: „RODO”).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
/ podpis osoby przyjmującej wniosek /

.....  
/ podpis Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej /

**Załączniki:**

- kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu)
- zaświadczenie lekarskie potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego, którego ma dotyczyć dofinansowanie
- inne dokumenty medyczne np. karty informacyjne o stanie zdrowia Wnioskodawcy,
- oferta cenowa sprzętu (kosztorys, faktura pro-forma)



## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O DOCHODACH

Ja.....  
/imię i nazwisko/

zamieszkały(a).....  
/dokładny adres/

.....  
oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	NAZWISKO	IMIĘ	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH ZA KWARTAŁ POPZEDZAJĄCY MIESIĄC ZŁOŻENIA WNIOSKU
1.	WNIOSKODAWCA		_____	
2.				
3.				
4.				
5.				
RAZEM:				

Posiadam gospodarstwo rolne o powierzchni ..... ha/przeliczeniowe/.

Dochód roczny z gospodarstwa wyniósł .....zł.

Dochód miesięczny z gospodarstwa rolnego.....zł

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w mojej rodzinie wyniósł .....zł .....gr.

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Zgodnie z art. 75 §2 KPA, świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 KK za fałszywe składanie zeznania, prawdziwość danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śl. ul. Wrocławska 2, na potrzeby realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON, zgodnie 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 (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1) (dalej również: „RODO”).

.....  
/miejscowość/

.....  
/data/

.....  
/czytelny podpis/

.....  
/podpis osoby przyjmującej oświadczenie/

### Uwaga:

W przypadku podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PFRON środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez Powiat płatności tych środków.



.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

I. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

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

II. Cel zakupu sprzętu rehabilitacyjnego mającego służyć do rehabilitacji i wskazanie czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu:

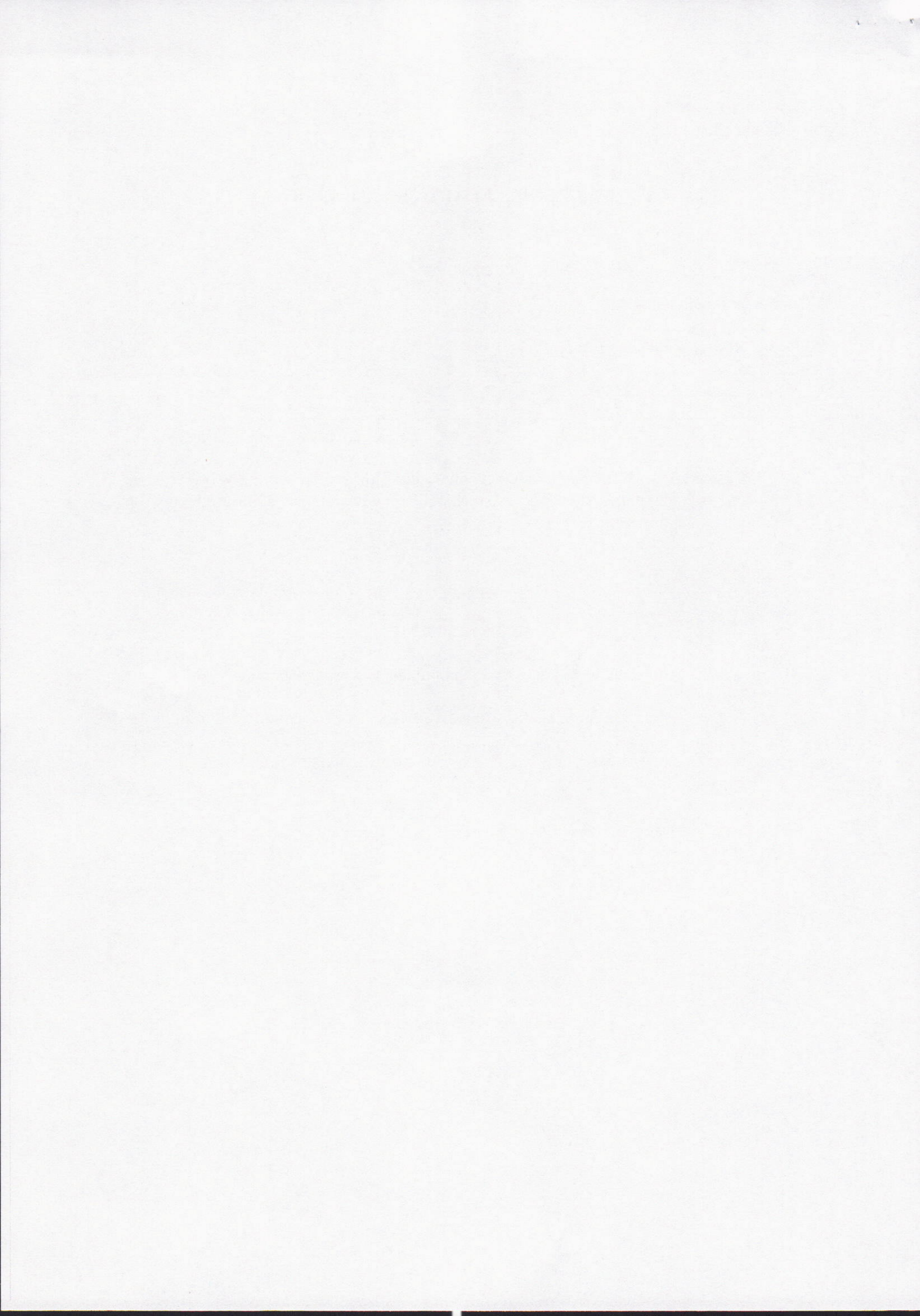
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

III. W jaki sposób będzie wykonywana rehabilitacja w warunkach domowych (opisać):

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

.....  
data, pieczęć i podpis lekarza







## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w postaci: imię, nazwisko, numer i seria dowodu osobistego, adres zamieszkania, PESEL, data i miejsce urodzenia, informacje o stanie zdrowia i rodziny, numer rachunku bankowego) oraz na administrowanie moimi danymi osobowymi zgodnie z *Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy - w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej, ul. Wrocławska 2, 55-300 Środa Śląska*, w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych oraz sprzętu rehabilitacyjnego zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Zatrudnianiu Osób Niepełnosprawnych.

.....

podpis wnioskodawcy/lub opiekuna prawnego

### Klauzula informacyjna

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (RODO), informujemy, iż:*

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej, ul. Wrocławska 2, 55-300 Środa Śląska;
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem e-mail: [rodo.hr.consulting@gmail.com](mailto:rodo.hr.consulting@gmail.com) lub adresem do korespondencji jest adres administratora.
- 3) celem przetwarzania danych jest realizacja obowiązków wynikających z przepisów prawa - art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- 4) dane udostępnione przez Państwa będą podlegały udostępnieniu podmiotom wykonującym na rzecz administratora zadań z PFRON-u i mogą zostać udostępniane tylko organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
- 5) administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów dotyczących archiwizacji;
- 7) przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Państwa danych osobowych oraz danych Państwa dzieci narusza przepisy 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 (RODO).  
*Organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;*
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
- 9) dane udostępnione przez Państwa nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....

podpis wnioskodawcy/lub opiekuna prawnego



