

## Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej

### WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY

#### Dane osoby niepełnosprawnej:

1. Imię i nazwisko .....Nr tel. ....
2. PESEL .....
3. Adres zamieszkania .....
4. Posiadane orzeczenie .....

#### Cel dofinansowania:

1. Rodzaj przedsięwzięcia (przedmiot dofinansowania) .....
2. Uzasadnienie konieczności prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu .....
3. Miejsce instalacji sprzętu rehabilitacyjnego .....
4. Przewidywany koszt realizacji zadania .....zł.
5. Kwota wnioskowanego dofinansowania (maksymalnie 80% wartości sprzętu rehabilitacyjnego, nie więcej niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia) .....zł.

#### Oświadczenie o dochodach

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi .....

Liczba osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym .....

#### Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
<b>Cel przyznania dofinansowania – nazwa programu</b>		
a) przedmiot dofinansowania		
b) data przyznania dofinansowania		
c) kwota dofinansowania		
d) Nr umowy		
Stan rozliczenia (rozliczone / nierozliczone)		

<b>Czy wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON</b>  tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	<b>Czy wnioskodawca był w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie</b>  tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
---	---

Nazwa banku oraz numer rachunku bankowego .....

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:**

.....  
 Imię i nazwisko

.....  
 PESEL

.....  
 Adres zamieszkania

.....  
 Numer telefonu kontaktowego

.....  
 Sygn. akt w przypadku postanowienia sądowego lub pełnomocnictwa

Zgodnie z art. 6 ust 1 lit. a RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez Administratora, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej, ul. Widnichowska 20, 07-300 Ostrów Mazowiecka, w celu kontaktu telefonicznego i/lub mailowego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

.....  
 Ostrów Mazowiecka, data

.....  
 Czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego / pełnomocnika

**INFORMACJA**

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:**

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej, adres: ul. Widnichowska 20, 07-300 Ostrów Mazowiecka;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: pcpr@powiatostrowmaz.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawy z dnia 24 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu

Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;

- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku.
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

**Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 KK „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę – podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.**

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub opiekuna prawnego  
/ pełnomocnika

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, o grupie inwalidzkiej lub w przypadku osoby do 16 r. z orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał dokumentu do wglądu)
2. Aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności oraz stwierdzające konieczność posiadania danego sprzętu rehabilitacyjnego
3. Kosztorys / oferta handlowa / faktura por-forma na zakup wnioskowanego sprzętu
4. Dowód osobisty oryginał do wglądu

**W przypadku gdy PCPR w Ostrowi Mazowieckiej poweźmie wątpliwość odnośnie podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, może wezwać wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.**

(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**Wydane na potrzeby PCPR**

**(Wypełnia lekarz specjalista)**

**Imię i nazwisko pacjenta**..... **PESEL**.....

**Adres zamieszkania**.....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej**.....

.....

**2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności**

.....

.....

**3. W/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie:**

.....

**4. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:**

.....

**5. Używane inne zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny**

.....

.....

**6. Potwierdzenie konieczności rehabilitacji w warunkach domowych przy w/w sprzętu:**

- **TAK** (uzasadnić)

.....

.....

- **NIE**

.....  
Data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie