

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

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
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	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
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	Wartość
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 osoba głucha 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"/> 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

<p>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:</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</p>	<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

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych 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	Wartość
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:	

PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)

Nazwa pola	Wartość
Przewidywany koszt:	
Kwota wnioskowana:	
Uzasadnienie wniosku:	

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
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

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - 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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik	Załączono do wniosku	Uzupełniono
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	tak/nie	tak/nie
2.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym lub pełnomocnictwa notarialnego	tak/nie	tak/nie

3.	Aktualne zaświadczenie specjalisty zawierające informację o potrzebie prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu	tak/nie	tak/nie
4.	Załącznik nr 1 do wniosku – oświadczenie o upoważnieniu do odbioru dokumentów	tak/nie	tak/nie
5.	Załącznik nr 2 do wniosku – zgoda na przetwarzanie danych osobowych	tak/nie	tak/nie

Wniosek kompletny:

tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Adnotacje urzędowe:

.....

.....

.....

Dzierżonów, dnia

.....

/podpis pracownika weryfikującego wniosek/

**Załącznik nr 1 do wniosku
o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

OŚWIADCZENIE

W nawiązaniu do wniosku dotyczącego dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
PESEL osoby upoważnionej

do złożenia wniosku, doniesienia i odbioru dokumentów w ww. sprawie.

.....
/data, czytelny podpis Wnioskodawcy/

**Załącznik nr 2 do wniosku
o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny****KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DLA KLIENTA*****Imię i nazwisko****Adres:**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

- **mojego numeru telefonu i adresu email** **tak** **nie**

dla potrzeb efektywnej i sprawnej realizacji złożonego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, co będzie wpływać na ułatwienie komunikacji z wnioskodawcą.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Oświadczam, że:

a) zostałam/em poinformowana/y, że udzielona zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych może zostać odwołana w dowolnym momencie za pomocą poczty elektronicznej, za pośrednictwem operatora pocztowego lub osobiście w sekretariacie tutejszego Centrum. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,

b) zostałam/em poinformowana/y, iż Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie nie może na podstawie niniejszej zgody przetwarzać powyższych danych w sposób naruszający moje dobre imię lub dobra osobiste, a także w zakresie i celu innym niż wskazane powyżej,

c) zostałam/em poinformowana/y, że wyrażenie niniejszej zgody nie zwalnia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie z obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa co do zabezpieczenia przetwarzanych danych oraz ich legalnego przetwarzania.

d) zostałam/em poinformowana/y, że Administratorem moich danych osobowych jest także Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **a szczególne zasady przetwarzania danych osobowych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zamieszczone są pod adresem: <https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/>.**

e) zapoznałam/em się i zaakceptowałam/em Regulamin korzystania z Systemu SOW w szczególności z Rozdziałem VII – Dane Osobowe. Dokument, o którym mowa dostępny jest pod adresem <https://portal-sow.pfron.org.pl>.

.....
/miejsowość, data, czytelny podpis/*** UWAGA! Wypełnia właściciel nr. telefonu i adresu email**

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie

Wydane dla potrzeb przyznania dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

(wypełnia lekarz specjalista: ortopeda, reumatolog, neurolog, rehabilitacji medycznej)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Adres Zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (wypełnić w języku polskim)

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

2. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

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

3. Wykaz podstawowego sprzętu rehabilitacyjnego, niezbędnego do samodzielnej rehabilitacji w warunkach domowych

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

4. Uzasadnienie zakupu wnioskowanego sprzętu

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

.....
miejsce i data

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty