**Nr sprawy:……………………………..**

**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 i nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Nr telefonu / adres e-mail:** |  |
|  | **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu / nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy i poczta:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE** **PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w przypadku dzieci oraz dorosłych nieposiadających zdolności do czynności prawnych)** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Nr telefonu / adres e-mail:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | * **tak** * **nie** |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * **Znaczny** * **Umiarkowany** * **Lekki** * **Nie dotyczy** |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * **na stałe** * **okresowo – do dnia: ……………………………..** |
| **Grupa inwalidzka:** | * **I grupa** * **II grupa** * **III grupa** * **nie dotyczy** |
| **Niezdolność:** | * **Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji** * **Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny** * **Osoby całkowicie niezdolne do pracy** * **Osoby częściowo niezdolne do pracy** * **Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym** * **Nie dotyczy** |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | * **01-U – upośledzenie umysłowe** * **02-P – choroby psychiczne** * **03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu** * **osoba głucha** * **osoba głuchoniema** * **04-O – narząd wzroku** * **osoba niewidoma** * **osoba głuchoniewidoma** * **05-R – narząd ruchu** * **wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego** * **dysfunkcja obu kończyn górnych** * **06-E – epilepsja** * **07-S – choroby układu oddechowego i krążenia** * **08-T – choroby układu pokarmowego** * **09-M – choroby układu moczowo-płciowego** * **10-N – choroby neurologiczne** * **11-I – inne** * **12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe** |

**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?

**SYTUACJA MIESZKANIOWA** (wstawić x we właściwej rubryce)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. samotnie |  |
| 2. z rodziną |  |
| 3. z osobami nie spokrewnionymi |  |

**ŚREDNI DOCHÓD**

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym …………………………………………..

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił……………………………………………………………… zł

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy wnioskodawca korzystał ze środków finansowych PFRON na dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

* nie korzystałem
* korzystałem

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON** | | | | |
| **Cel dofinansowania** | **Nr umowy** | **Data zawarcia umowy** | **Kwota**  **dofinansowania** | **Stan rozliczenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU**  **LIKWIDACJI BARIER** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Wykaz planowanych zakupów sprzętu/sprzętów** |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON co stanowi 80% kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** |  |
| **Miejsce realizacji zadania:** |  |
| **Termin rozpoczęcia:** |  |
| **Przewidywany czas realizacji:** |  |
| **Uzasadnienie potrzeby zakupu sprzętu/sprzętów** |  |

|  |
| --- |
| **OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW** |
| Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania   |  | | --- | |  | |

**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:** |  |

* Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## OŚWIADCZENIE

1. 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.

2. 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.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

4. Niniejszy wniosek złożony w dniu dzisiejszym zostanie rozpatrzony po przekazaniu środków finansowych z Państwowego Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i podjęciu przez Powiat Bieszczadzki uchwały o podziale środków PFRON na poszczególne zadania w roku bieżącym,

5. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych na realizację zadania,

6. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie,

7. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania,

8. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnację należy zgłaszać do PCPR w Ustrzykach Dolnych w formie pisemnej.

9. Oświadczam ze zapoznałem/am się z treścią Klauzuli RODO.

**Klauzula RODO**

Na podstawie art. 13 RODO 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ustrzykach Dolnych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ustrzykach Dolnych, z siedzibą w Ustrzykach Dolnych, ul. Bełska 22, 38-700 Ustrzyki Dolne, tel. 13 471 25 30, e-mail: pcpr@bieszczadzki.pl.

2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Ustrzykach Dolnych został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować listownie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych ul. Bełska 22, 38-700 Ustrzyki dolne; telefon kontaktowy: 13 471 25 32, e-mail: rsroka@bieszczadzki.pl.

3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

5. Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

6. Przysługuje Państwu: prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii, prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych, prawo do usunięcia danych osobowych, prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

7. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

8. Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (ważne 3 miesiące od daty wystawienia),

3. Oferta handlowa urządzenia, sprzętu itp.

4. Zaświadczenie o kontynuowaniu nauki – w przypadku osób uczących się,

5. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie osoby – w przypadku osób bezrobotnych lub poszukujących pracy.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko............................................................................................................................

Data urodzenia..............................................................................................................................

Adres zamieszkania.......................................................................................................................

PESEL...........................................................................................................................................

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej :

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

1. Przebieg schorzenia podstawowego: stopień uszkodzenia strukturalnego   
   i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

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

1. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

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

1. Występujące trudności w poruszaniu się:

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

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby   
   w tym zakresie:

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

**Uzasadnienie, że istnieje konieczność rehabilitacji domowej przy użyciu następującego sprzętu**:

……………………………...………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………… ........................................................................................

Data stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie