



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
w **Cieszynie**

NUMER SPRAWY

Data wpływu wniosku

Podpis pracownika

Data uzupełnienia wniosku

Podpis pracownika

## WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY DLA OSÓB INDYWIDUALNYCH

### UWAGA!

W celu właściwego wypełnienia wniosku prosimy o staranne jego przeczytanie. Wniosek należy wypełnić czytelnie i drukowanymi literami. Przed złożeniem wniosku proszę zapoznać się z „**Zasadami dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zadań z zakresu rehabilitacji osób niepełnosprawnych z terenu Powiatu Cieszyńskiego**” – dostępnymi w PCPR w Cieszynie oraz na stronie internetowej PCPR.

**Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania dofinansowania. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie. Rozpatrywanie wniosku stanowi czynność materialno – techniczną.**

**Wniosek zwolniony z opłaty skarbowej na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 16.11.2006r. o opłacie skarbowej (tekst jednolity Dz. U. z 2020 poz. 1546 z późn. zm.)**

### 1. Dane dotyczące Wnioskodawcy:

(osoby niepełnosprawnej, ubiegającej się o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego)

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

(dobrowolne)

Adres e-mail:

(dobrowolne)

PESEL:

Adres do korespondencji:

### 2. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik:

(proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

- Znaczny stopień niepełnosprawności (pierwsza grupa)
- Umiarkowany stopień niepełnosprawności (druga grupa)
- Lekki stopień niepełnosprawności (trzecia grupa)
- Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością

### 3. Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie:

(proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- Inna dysfunkcja narządu ruchu
- Dysfunkcja narządu wzroku

- Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy
- Upośledzenie umysłowe
- Całościowe zaburzenie rozwoju (w tym autyzm, zespół Aspergera itd.)
- Epilepsja
- Inne, jakie: .....

**4. Sytuacja na rynku pracy:**  
(proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

- Uczę się/ studiuję
- Pracuję
- Pracuję i studiuję/uczę się
- Jestem bezrobotny/a zarejestrowany/a w urzędzie pracy
- Jestem poszukujący/-ąca pracy zarejestrowany/a w urzędzie pracy
- Jestem nieaktywny/a zawodowo/nie poszukuję pracy

**5. Dochody i liczba członków gospodarstwa domowego:**

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

- prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe
- razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje następująca liczba osób .....

Razem dochód miesięczny netto w gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	..... zł
Średni miesięczny dochód netto na osobę (kwotę powyżej podzielić przez liczbę osób w gospodarstwie domowym)	..... zł

**Dochód** – wyliczamy w następujący sposób: sumujemy dochody wszystkich osób, które je otrzymują za każdy z trzech miesięcy przed złożeniem wniosku np. jeśli składamy wniosek w styczniu to zliczamy dochody za grudzień, listopad i październik poprzedniego roku, jeśli składamy wniosek np. w czerwcu zliczamy dochody za maj, kwiecień i marzec, następnie uzyskaną sumę dzielimy przez 3 (3 miesiące) i przez liczbę osób wspólnie mieszkających (uzyskujących dochody i tych które ich nie uzyskują np. dzieci). Otrzymujemy średni miesięczny dochód na jedną osobę. **Przykład:**

Mąż – dochody za 3 miesiące 2000+2100+2200 razem 6300

Żona – dochody za 3 miesiące 2000 + 2000 + 2000 razem 6000

Wspólnie osiągnane dochody 12300

Dzielimy je przez 3 miesiące 12 300:3 razem 4100

W rodzinie jest 2 dzieci więc dochody przypadają na 4 osoby

Uzyskany miesięczny dochód 4100 dzielimy przez 4 osoby co daje 1025 i tą kwotę wpisujemy w oświadczeniu.

**Do dochodu nie wliczamy świadczeń z pomocy społecznej, zasiłku pielęgnacyjnego, świadczenia 500+ czy dobrego start.**

pobieram świadczenia z pomocy społecznej

**6. Sytuacja mieszkaniowa:** (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Wnioskodawca zamieszkuje  samotnie  z rodziną  z osobami niespokrewnionymi

Wnioskodawca zamieszkuje z innymi osobami niepełnosprawnymi  TAK  NIE

**7. Dotychczasowe korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (ostatnie 3 lata przed datą złożenia wniosku):**

Korzystałam /em:		TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)	
Numer i data zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

**8. Informacja o numerze rachunku bankowego wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego:**

Imię i nazwisko właściciela .....

Nazwa banku .....

Numer rachunku bankowego .....

**9. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika:**

*(jeżeli dotyczy)*

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu: ..... Adres e-mail: .....

PESEL: .....

Adres do korespondencji: .....

**10. Zakres planowanych zakupów:**

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

**11. Przewidywany czas, miejsce realizacji inwestycji oraz cel dofinansowania:**

Miejsce realizacji inwestycji: .....

Cel dofinansowania: .....

.....

**Cel dofinansowania** – należy opisać przedmiot wniosku, do czego będzie służyć, występujące trudności, czy wpłynie na poprawę funkcjonowania, czy zostanie przywrócona swoboda ruchu. W przypadku braku miejsca na druku wniosku cel-uzasadnienie można załączyć na oddzielnej kartce.

<b>12. Przewidywane koszty zgodnie z ofertą cenową:</b>	
<b>Łącznie koszty inwestycji:</b>	
<b>Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (maksymalnie 80% pokrycia kosztów):</b>	
<b>Deklarowany udział Wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia (minimum 20% pokrycia kosztów):</b>	

<b>13. Jakie efekty przyniesie zakup wskazanego sprzętu ? (proszę wstawić X we właściwym miejscu)</b>	
Zwiększenie sprawności ruchowej oraz funkcji ruchowych	
Zmniejszenie skutków występującej niepełnosprawności	
Zwiększenie możliwości udziału wnioskodawcy w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób zakup sprzętu rehabilitacyjnego zwiększy szansę na aktywizację społeczną:</i> ..... ..... .....	
Zwiększenie szans wnioskodawcy na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej. <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób zakup sprzętu rehabilitacyjnego zwiększy szanse na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej:</i> ..... ..... .....	
Inne efekty (proszę określić jakie): ..... .....	

<b>14. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych</b>
--

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Cieszynie (43-400) przy ulicy Bobreckiej 29, reprezentowane przez Dyrektora (nr tel.: 33 47 77 117 adres e-mail: sekretariat@pcpr.cieszyn.pl).

W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu 518-442-215 w godzinach pracy urzędu, tj. od 7.30 – 15.30 lub adresem e-mail: inspektor@pcpr.cieszyn.pl.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie przetwarza dane osobowe w celu prowadzenia dokumentacji papierowej i elektronicznej, w tym również rejestracji i utrwalania przebiegu wizji/kontroli (m.in. sporządzanie nagrań, fotografii lub filmów) w zakresie wynikającym z przepisów prawa dotyczących realizacji zadań powiatu z zakresu rehabilitacji społecznej wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i innych ustaw oraz przepisów szczegółowych dotyczących udzielanej pomocy osobom niepełnosprawnym, w tym finansowanym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz ich archiwizacji.

W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych powyżej, dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru danych.

Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres 10 lat po zakończeniu postępowania, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.

W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie, danych osobowych, przysługują niniejsze prawa:

- dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązany jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie,
- sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
- ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO,
- cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (dotyczy danych podanych dobrowolnie, tj. nr telefonu, adres e-mail),
- usunięcia danych (dotyczy danych podanych dobrowolnie, tj. nr telefonu, adres e-mail).

W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie skutkuje pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.

## **15. Oświadczenia**

Upředzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

Oświadczam, że **MAM / NIE MAM** \* zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku **BYŁEM/AM / NIE BYŁAM** \* stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że wszelkie zmiany dotyczące wniosku zobowiązuję się zgłaszać niezwłocznie po ich zaistnieniu.

Oświadczam, że zobowiązuję się do udziału w ewaluacji efektów jakie przyniesie zakup sprzętu rehabilitacyjnego.

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z „Zasadami dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zadań z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych z terenu Powiatu Cieszyńskiego”**

Oświadczam, że nie zakupiłem/am przedmiotu dofinansowania przed dniem złożenia wniosku, a w przypadku jego zakupu przed rozpatrzeniem wniosku zobowiązuję się w terminie 14 dni poinformować o tym fakcie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie i złożyć pisemną rezygnację z dofinansowania.

.....  
Data i podpis Wnioskodawcy lub  
jego przedstawiciela prawnego

***Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać. (art. 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (tekst jednolity: Dz. U. 2018 poz. 1025 z późn. zm.))***

**16. Spis załączników – wypełnia PCPR**

L.p.	Nazwa załącznika	załączono	uzupełniono
<b>Załączniki obowiązkowe</b>			
1.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu)		
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie ( <u>wypisane czytelnie i w języku polskim</u> ) wskazujące konieczność korzystania z wymienionego we wniosku sprzętu rehabilitacyjnego – <b>nie starsze niż 6 miesięcy</b>		
3.	Kopia aktu urodzenia dziecka		
4.	Dwie niezależne oferty cenowe wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego		
5.	Kopia dokumentu uprawniającego do reprezentowania wnioskodawcy		
6.	Inne .....		

**Adnotacje przyjmującego wniosek:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(data i podpis)

.....

Data .....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON  
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny wydane dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Cieszynie

Prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL

1.Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych:

tak

nie

2.Rodzaj koniecznego sprzętu rehabilitacyjnego:

.....

.....

.....

Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie