

Data wpływu wniosku do PCPR w Łowicz

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

**WNIOSEK****o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny****A. Dane dotyczące Wnioskodawcy**

Imię i nazwisko:				
Data urodzenia	Dowód wydany w dniu	Przez		
Dowód ważny do		PESEL		
Nazwa banku		Nr rachunku bankowego		
Ulica/ Miejscowość	Nr posesji/lokalu	Kod pocztowy	Poczta	Gmina
Powiat	Województwo	Nr tel.: kier.	Nr tel.	Nr fax.

**I.A. Stopień niepełnosprawności\***

<b>1. znaczny,</b>	
• inwalidzi I grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny,	
• osoby w wieku do lat 16 – stu z orzeczoną niepełnosprawnością	
<b>2. umiarkowany,</b>	
• inwalidzi II grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
<b>3. lekki,</b>	
• inwalidzi III grupy,	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym nie przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
<b>Ważność orzeczenia:</b> stała <input type="checkbox"/> okresowa <input type="checkbox"/> do .....	

### I.A. Rodzaj niepełnosprawności\*

1.	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2.	inna dysfunkcja narządu ruchu	
3.	dysfunkcja kończyn górnych	
4.	dysfunkcja narządu wzroku	
5.	dysfunkcja narządu słuchu	
6.	dysfunkcja narządu mowy	
7.	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
8.	mózgowe porażenie dziecięce	
9.	schorzenie układu oddechowego	
10.	schorzenie układu krążenia	
11.	schorzenie układu neurologicznego	
12.	pozostałe schorzenia nie wymienione w poz. 1-11 (proszę wymienić) .....	

### III.A. Sytuacja zawodowa\*

1.	zatrudniony /prowadzący działalność gospodarczą	
2.	osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3.	bezrobotny poszukujący pracy /rencista poszukujący pracy	
4.	rencista /emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
5.	dzieci i młodzież do lat 18	

### IV.A. Sytuacja mieszkaniowa\* - zamieszkuje

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

### V.A. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku.

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON*:                      tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>				
Cel przyznanego dofinansowania (cel programu i/lub nazwa zadania ustawowego, w ramach, którego przyznana została pomoc)	Nr zawartej umowy	Data przyznanego dofinansowania	Kwota przyznana	Stan rozliczenia
Razem:				

## B. Informacje o przedmiocie wniosku:

### I.B. Cel dofinansowania

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

### II.B. Krótkie uzasadnienie wniosku

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

### III.B. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Lp.	Nazwa	Orientacyjna cena
.....	.....	.....
.....	.....	.....
Razem:		

### IV.B. Miejsce realizacji zadania (instalacji urządzenia)

Ulica/ Miejscowość	Nr posesji/lokalu	Kod pocztowy	Poczta	Gmina
Powiat	Województwo	Nr tel.: kier.	Nr tel.	Nr fax.

### V.B. Wartość kosztorysowa zadania

A.	Przewidywany łączny koszt realizacji zadania ..... zł.
B.	Własne środki przeznaczone na realizację zadania ..... zł.
C.	Inne źródła finansowania ogółem ( <i>środki wpłacone, przyręczone, gwarancje - z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON</i> ) ..... zł.
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON ..... zł. kwota słownie: .....

#### **Uwaga!**

Wnioskowana kwota dofinansowania (D) nie może być większa niż 80 % planowanego łącznego kosztu realizacji przedsięwzięcia (A) i nie może przekraczać wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia. Ostateczny procent dofinansowania będzie wynikał z Zarządzenia Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu po otrzymaniu środków PFRON.

## Załączniki wymagane do wniosku

Lp.	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia
		(właściwe zaznaczyć)	Wypełnia PCPR	
1.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik, a w przypadku dzieci do lat 16- stu kopia orzeczenia o niepełnosprawności ( <b>oryginał do wglądu</b> )			
2.	Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób ( <b>oryginał do wglądu</b> ).			
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu, którego wniosek dotyczy. ( <b>załącznik nr 2 do wniosku</b> ).			
4.	Oświadczenie o wysokości dochodów Wnioskodawcy i osób zamieszkujących i utrzymujących się wspólnie z Wnioskodawcą <u>za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku</u> <b>Załącznik nr 1 do wniosku.</b>			
5.	Inne dokumenty a) fakturę pro-forma wymaganego sprzętu, b) dowód osobisty do wglądu c) oświadczenie wnioskodawcy ( <b>Załącznik nr 3 do wniosku</b> )			

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

**Oświadczam**, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych i osób pozostających razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, w bazie danych dla potrzeb realizacji przez PCPR w Łowiczu zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.).

**Oświadczam**, że nie posiadam zaległości wobec PFRON oraz że w ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem(am) stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

**Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy ze środków Funduszu.**

### **UWAGA!**

Podanie przez wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą skutkuje przekazaniem wniosku do archiwum bez rozpatrzenia.

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 oraz o treści art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny ( t. j. Dz. U. z 2018 poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, że informacje zawarte we wniosku oraz w załącznikach do wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

**Oświadczam**, że nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o dofinansowanie na ten sam cel ze środków PFRON za pośrednictwem innego powiatu.

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.**

.....	.....
data	podpis
Wnioskodawcy* Przedstawiciela ustawowego* Opiekuna prawnego* Pełnomocnika* Kuratora*	

\* właściwe zaznaczyć

## UWAGA !

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części **A i B**, ewentualnie wpisać „**Nie dotyczy**”.  
W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „**W załączeniu - załącznik nr ...**” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

## UWAGA !

**Wypełnia Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny, Pełnomocnik lub Kurator**

Imię i nazwisko:				
Data urodzenia	Dowód wydany w dniu		Przez	
Dowód ważny do		PESEL		
Nazwa banku		Nr rachunku bankowego		
Ulica/ Miejscowość	Nr posesji/lokalu	Kod pocztowy	Poczta	Gmina
Powiat	Województwo	Nr tel.: kier.	Nr tel.	Nr fax.
Ustanowiony opiekunem* /pełnomocnikiem* kuratorem* ..... (postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. .... sygn. akt* / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez ..... z dn. ....)				

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku**

..... data	..... podpis pracownika PCPR w Łowiczu
---------------	---

PCPR W ŁOWICZU 2019

## O Ś W I A D C Z E N I E o wysokości dochodów

dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu - w celu dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Ja, niżej podpisany (a) ..... zamieszkały (a):

Adres zamieszkania: ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

kod pocztowy   -    ..... miejscowość.....

**oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:**

	Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	*przeciętny miesięczny dochód- netto	Rodzaj dochodu	
Dane dotyczące Wnioskodawcy:							
1							
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego							
2							
3							
4							
5							
6							
	Przeciętny miesięczny dochód rodziny netto						

**Oświadczam, że:**

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

2. Przeciętny miesięczny dochód rodziny netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc w którym składany jest wniosek, przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym  
wyniósł ..... zł.

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

**4. W przypadku jakiegokolwiek zmiany dochodów przed podjęciem decyzji w sprawie wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, poinformuję o tym fakcie PCPR w Łowiczu.**

.....  
miejscowość                      data

.....  
podpis Wnioskodawcy\* Przedstawiciela ustawowego\*  
Opiekuna prawnego\* Pełnomocnika\* Kuratora\*

### POUCZENIE

Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, to dochód pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy 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 pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek.

PCPR W ŁOWICZU 2019



**Sprzęt rehabilitacyjny** - to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych, mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej, możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.  
**Uwaga! Zaświadczenie jest ważne przez okres 30 dni od daty wystawienia**

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### Zaświadczenie

**Lekarza specjalisty: ortopedy, reumatologa, neurologa, rehabilitacji  
medycznej (wypełnić czytelnie w języku polskim)**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania.....

I. Rodzaje schorzenia lub dysfunkcji:

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

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

.....  
.....

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

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

IV. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

(rok).....

.....

data

.....

pieczętka i podpis lekarza specjalisty

PCPR W ŁOWICZU 2019

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY  
o posiadaniu środków na wkład własny**

**(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON)**

**dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu  
w celu dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego**

Niniejszym oświadczam, że Ja .....

zamieszkały/a .....

.....,

posiadam środki finansowe na wkład własny.

.....,  
(miejscowość)

(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

PCPR W ŁOWICZU 2019

PCPR W ŁOWICZU 2019

.....  
/nazwisko i imię/

□□-□□□ .....  
/kod pocztowy/                      /poczta/

.....  
/miejscowość, ulica/              /nr domu, lokalu/

gm. ....

## U P O W A Ź N I E N I E

Upoważniam .....  
/imię i nazwisko osoby upoważnionej/

zamieszkałego/a/.....

legitymującego/a/ się dowodem osobistym seria ..... nr .....

PESEL ..... do:

Odbioru należności uzyskanych z dofinansowania ze środków PFRON na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny.

Numer rachunku bankowego osoby upoważnionej:

.....  
.....

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych oraz osób pozostających razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym w bazie danych dla potrzeb realizacji przez PCPR w Łowiczu zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm).**

....., .....  
miejscowość                      data                      podpis Wnioskodawcy

**Potwierdzam własnoręczność podpisu osoby niepełnosprawnej.**

....., .....  
miejscowość                      data                      podpis osoby potwierdzającej podpis wnioskodawcy

Dowód osobisty ważny do .....

NR PESEL .....

\* właściwe zaznaczyć

Łowicz, dn.....

## KLAUZULA INFORMACYJNA

do przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, informuję Pana/Panią, że:

Administratorem Pana/i Danych jest:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu  
99-400 Łowicz, ul. Podrzeczna 30

Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych oraz udostępnia jego dane kontaktowe:

Karolina Koprowska  
[pcprlowicz@poczta.fm](mailto:pcprlowicz@poczta.fm)  
46/816-00-28, 837-03-44 w. 26

Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu:

Realizacji zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych i wydanych do niej rozporządzeń wykonawczych

Podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:

Udzielona przez Pana/Panią zgoda na przetwarzanie danych wynika z obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z powyższej ustawy.

Informacja o przekazywaniu danych do innych podmiotów:

Pana/Pani dane są przekazywane innym organom i podmiotom niewymienionym w przepisach prawa w celach wskazanych powyżej. Odbiorcami danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

Okres przechowywania danych:

Pani/Pana dane będą przechowywane przez **10** lat, zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu w porozumieniu z Dyrektorem Archiwum Państwowego w Warszawie w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwum zakładowego

Ma Pani/Pan prawo do:

1. dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania,
2. usunięcia lub ograniczenia przetwarzania swoich danych,
3. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
4. przenoszenia danych,
5. cofnięcia wyrażonej zgody na przetwarzanie danych,
6. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy przetwarzanie danych naruszyłoby przepisy ogólne rozporządzenia.

Podane przez Panią/Pana dane są:

Wymogiem ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych i wydanych do niej rozporządzeń. Konsekwencją niepodania danych będzie niezafatwienie sprawy.

Pani/Pana dane:

Nie podlegają zautomatyzowanemu systemowi podejmowania decyzji, w tym profilowaniu.

.....  
Data i czytelny podpis petenta  
od którego zbierane są dane

.....  
Podpis pracownika