

Wniosek złożono do PCPR w Makowie Mazowieckim w dniu:	Numer sprawy:
	

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

1. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY – OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O DOFINANSOWANIE <i>(Osobą wnioskującą o dofinansowanie jest pełnoletnia osoba niepełnosprawna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej, przedstawiciel ustawowy małoletniego, pełnomocnik osoby niepełnosprawnej)</i>	
Nazwisko i imiona	
Data urodzenia r. PESEL ____ _	
Forma reprezentowania osoby niepełnosprawnej (zaznaczyć właściwe, jeśli dotyczy): ☐ przedstawiciel ustawowy ☐ opiekun prawny - Postanowienie Sądu Rejonowego w z dnia Sygn. akt ☐ pełnomocnik - na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza z dnia repet. Nr	
DOWÓD OSOBISTY seria i numerwydany w dniu r. przezważny do dniar.	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA <i>(miejscowość, w której Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego Wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe)</i>	ADRES ZAMELDOWANIA <i>(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)</i>
miejscowość ulica nr domu nr lokalu kod pocztowy ____ - ____ poczta email	miejscowość ulica nr domu nr lokalu kod pocztowy ____ - ____ poczta email.....
ADRES KORESPONDENCYJNY <i>(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)</i>	
KONTAKT TELEFONICZNY	

2. DANE PERSONALNE ADRESATA POMOCY - OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, DLA KTÓREJ PRZEZNACZONA JEST POMOC <i>(należy wypełnić, jeśli jest to inna osoba niż Wnioskodawca wskazany wyżej, np. dziecko, osoba ubezwłasnowolniona, osoba niepełnosprawna działająca przez pełnomocnika)</i>	
Nazwisko i imiona	
Data urodzenia r. PESEL ____ _	
DOWÓD OSOBISTY seria i numerwydany w dniu r. przezważny do dniar.	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA <i>(miejscowość, w której Adresat pomocy przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem jego życia codziennego Adresata pomocy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe)</i>	ADRES ZAMELDOWANIA <i>(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)</i>
miejscowość ulica nr domu nr lokalu email..... kod pocztowy ____ - ____ poczta	miejscowość ulica nr domu nr lokalu email kod pocztowy ____ - ____ poczta

3. STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*	
☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji ☐ całkowita niezdolność do pracy ☐ częściowa niezdolność do pracy	Orzeczenie ważne: ☐ okresowo do r. ☐ bezterminowo
☐ I grupa inwalidzka ☐ II grupa inwalidzka ☐ III grupa inwalidzka	
☐ znaczny stopień niepełnosprawności ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności ☐ lekki stopień niepełnosprawności	
☐ niepełnosprawność dziecka przed 16 rokiem życia	Orzeczenie ważne do r.

4. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*
☐ dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim ☐ wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk ☐ inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka ?)..... ☐ dysfunkcja narządu wzroku ☐ dysfunkcja narządów słuchu i mowy ☐ deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) ☐ zaburzenia psychiczne ☐ całościowe zaburzenia rozwojowe ☐ niepełnosprawności z ogólnego stanu zdrowia

5. SYTUACJA RODZINNA*
☐ osoba samotna ☐ osoba zamieszkująca z rodziną i/lub osobami niespokrewnionymi

6. SYTUACJA ZAWODOWA *
☐ osoba pracująca, ☐ bezrobotny, poszukujący pracy ☐ rencista, emeryt nie zainteresowany podjęciem zatrudnienia ☐ osoba w wieku od 18 do 24 roku życia ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca i niepracująca ☐ osoby przed 18 rokiem życia

7. KORZYSTANIE PRZEZ NIEPEŁNOSPRAWNEGO WNIOSKODAWCĘ LUB ADRESATA POMOCY ZE ŚRODKÓW PFRON					
Czy niepełnosprawny Wnioskodawca lub Adresat pomocy w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie korzystał ze środków PFRON (w tym będących w dyspozycji PCPR)?* Jeśli tak, proszę wpisać poniżej.					☐ TAK ☐ NIE
Nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc	Przedmiot dofinansowania (na co udzielono dofinansowania)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez inst. udzielającą pomocy (w zł)

Czy niepełnosprawny Wnioskodawca lub Adresat pomocy posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON?*				☐ TAK ☐ NIE	

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

.....

Uwaga! Przez „wymagalne zobowiązania” należy rozumieć zobowiązania, których termin zapłaty minął, a które nie zostały przedawnione, ani umorzone.

8. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA
.....
.....
.....
.....

9. POSIADANIE PRZEZ OSOBĘ NIEPEŁNOSPRAWNĄ PODOBNEGO SPRZĘTU	
Czy niepełnosprawny Wnioskodawca lub Adresat pomocy posiada już podobny sprzęt, jak ten będący przedmiotem dofinansowania?*	☐ TAK ☐ NIE
Jeśli tak, to proszę podać rok nabycia tego sprzętu	

10. PRZEWIDYWANY KOSZT CAŁKOWITY PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA
..... zł
Słownie złotych

11. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
..... zł
Słownie złotych

12. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WYSOKOŚCI UDZIAŁU WŁASNEGO*	
Oświadczam, że zapewnię środki finansowe (własne, sponsora lub z innych źródeł niż PFRON) na pokrycie udziału własnego w wymaganej wysokości, uzupełniającej przyznane przez PCPR dofinansowanie, wystarczającej na pełną realizację zadania	☐ TAK ☐ NIE

13. UZASADNIENIE WNIOSKU (należy uzasadnić wniosek w odniesieniu do poprawy stanu zdrowia, zmniejszenia lub ograniczenia skutków niepełnosprawności)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

* WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ

Oświadczam, że :

- 1) niezwłocznie poinformuję PCPR o zmianach zaistniałych w mojej sytuacji życiowej mającej wpływ na przyznanie dofinansowania,
- 2) w myśl z art. 6 ust.1 lit a) wyrażam / nie wyrażam* zgodę na przetwarzanie moich danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez administratora danych, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Makowie Mazowieckim, adres: ul. Duńskiego Czerwonego Krzyża 3, 06-200 Maków Mazowiecki, w celu kontaktu telefonicznego. Zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie,
- 3) dane zawarte we wniosku i w załącznikach do tego wnioski są zgodne ze stanem faktycznym oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, skutkuje nierozpatrzeniem wniosku. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY

Klauzula informacyjna

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

- 1) administratorem danych osobowych osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Makowie Mazowieckim, adres: ul. Duńskiego Czerwonego Krzyża 3, 06-200 Maków Mazowiecki;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: sekretariat@pcpr-makowmazowiecki.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe w celu związanym z rozpatrzeniem i realizacją wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych. Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z 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 do momentu upływu okresu przewidzianego zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz 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 sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości rozpatrzenia wniosku się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe”.

DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY

WYPEŁNIA PRACOWNIK PCPR

14. WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	ZAŁĄCZONO TAK/NIE	UZUPEŁNIONO DNIA	UWAGI
Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności, lub orzeczenia równoważnego <i>(oryginał do wglądu);</i>			
Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności, lub orzeczenia równoważnego osób niepełnosprawnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z niepełnosprawnym Wnioskodawcą lub Adresatem pomocy <i>(oryginał do wglądu);</i>			
Aktualne zaświadczenie lekarskie, lekarza specjalisty bądź rehabilitanta prowadzącego rehabilitację, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności ze wskazaniem zasadności zakupu i korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku);</i>			
Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu przypadającego na jedną osobę w gospodarstwie domowym niepełnosprawnego Wnioskodawcy lub Adresata pomocy <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku);</i>			
W przypadku, gdy Adresat pomocy działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego - kserokopia odpowiednio uwierzytelnionego pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego <i>(oryginał do wglądu);</i>			
Zaświadczenie z powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy zarejestrowanego w PUP;			
W przypadku gdy wniosek dotyczy potrzeb osoby pracującej lub prowadzącej własną działalność gospodarczą – odpowiednio aktualne zaświadczenie z miejsca pracy potwierdzające zatrudnienie lub dokument potwierdzający wpis do Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG);			
W przypadku gdy wniosek dotyczy potrzeb osoby niepełnosprawnej uczącej się lub studiującej - aktualne zaświadczenie ze szkoły lub uczelni o kontynuowaniu nauki;			
W przypadku osób niepełnosprawnych pobierających naukę w ramach indywidualnego toku nauczania lub kształcenia specjalnego - orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub o potrzebie nauczania indywidualnego wydane przez odpowiedni instytucję;			
W przypadku uczących się osób niepełnosprawnych - opinia psychologa lub pedagoga szkolnego lub logopedy uzasadniająca potrzebę korzystania przez niego z wnioskowanego sprzętu i/lub oprogramowania <i>(w przypadku programów specjalistycznych ze wskazaniem odpowiedniego oprogramowania);</i>			
Szczegółowa oferta cenowa lub faktura proforma wnioskowanego przedmiotu dofinansowania z opisem funkcji;			
Atest, certyfikat lub deklaracja zgodności sprzętu/urządzenia z normami unijnymi (w języku polskim)			
Inne dokumenty uzasadniające zakup sprzętu/urządzenia rehabilitacyjnego:			

15. ADNOTACJE PRACOWNIKA PCPR - OPINIA ZASADNOŚCI PRYZYNIANIA DOFINANSOWANIA

Data i podpis pracownika PCPR