

.....
Data przyjęcia wniosku

W N I O S E K

o dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny indywidualnych osób niepełnosprawnych nieprowadzących działalności gospodarczej

Proszę o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

.....
(podać nazwę i rodzaj sprzętu)

Miejsce realizacji
(podać miejsce docelowe umieszczenia sprzętu)

w kwocie (80 % ceny z kosztorysu).....zł,

słownie złotych

Wypełnia Wnioskodawca:

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię | | Nazwisko | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | Miejscowość | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | Numer | | | | | | | | | | | |
| Telefon | | | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia | | PESEL | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| e-mail | | Rodzaj orzeczenia | | | | | | | | | | | |

Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy:

Oświadczam, że średni **miesięczny** dochód w rodzinie, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek** wyniósł: zł gr.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie wynosi:

Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

1. Imię i nazwisko PESEL.....

2. Adres

1. Krótkie uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON:

| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON | | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | |
|--|--------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------|
| Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc) | Nr i data zawarcia umowy | Kwota przyznana | Termin rozliczenia | Kwota rozliczona |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | Razem kwota przyznana: | | Razem kwota rozliczona: | |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON Tak Nie Jeżeli tak, podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

3. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, przyznane dofinansowanie proszę przelać na konto:

..... nr.....
(nazwa banku) (numer bankowy konta)
.....
(dane dysponenta rachunku bankowego, na które ma być przelane przyznane dofinansowanie)

4. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania: Kwota (100 % ceny z kosztorysu)zł

Do wniosku załączam:

1. Kserokopię ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, a w przypadku dzieci i młodzieży kserokopie orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające **potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.**
3. Kosztorys sprzętu rehabilitacyjnego.

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, a w przypadku wykrycia faktu wprowadzenia w błąd organu rozpatrującego wniosek, podania nieprawdziwych informacji, zobowiązuję się do zwrotu pełnej kwoty udzielonego dofinansowania wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tego dofinansowania, w terminie wskazanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach.

Zobowiązuję się na żądanie PCPR w Krapkowicach dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów. Jeżeli wykazany średni miesięczny dochód na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, PCPR ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Oświadczam, że nie prowadzę działalności gospodarczej związanej z rehabilitacją i przedmiot dofinansowania będę używać zgodnie z jego przeznaczeniem według wskazań lekarza do potrzeb własnych związanych z moją niepełnosprawnością.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Ponadto wyrażam zgodę na podanie mojego numeru telefonu i adresu e-mail w celu ułatwienia kontaktowania się ze mną w sytuacjach, gdy jest to niezbędne. Podanie numeru telefonu i adresu e-mail jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

dnia.....

(czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

Ważne!!! Koszty poniesione przed podpisaniem umowy z PCPR nie są objęte dofinansowaniem.

Klauzula informacyjna: Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że: **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach, z siedzibą w Krapkowicach, ul. Kilińskiego 1. **Inspektorem ochrony danych osobowych** w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach jest Grzegorz Ceglowski, tel. 77 44 67 120, e-mail: g.ceglowski@powiatkrapkowicki.pl. **Odbiorcą danych osobowych** jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach oraz organy właściwe określone ustawami. Dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonywania zadań na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a,b,c,e rozporządzenia oraz innych przepisów prawa, które zobowiązują i wskazują na konieczność przetwarzania danych. Dane osobowe będą przekazywane do innego państwa wyłącznie w przypadkach, kiedy wymaga tego prowadzone postępowanie. Dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w Jednolitym Rzeczym Wykazie Akt Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach stanowiącym załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 8/2016 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach z dnia 30 Listopada 2016r. **Posiada Pani/Pan prawo** dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawienia. **Ma Pani/Pan prawo** wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), w przypadku, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym lub warunkiem zawarcia umowy.

(pieczętka zakładu)

..... dnia.....
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data urodzenia..... PESEL.....

Zamieszkały(a)

Rozpoznanie

.....

Pacjent **wymaga/nie wymaga**¹ prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu
wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego tj.:

(wpisać rodzaj i nazwę sprzętu rehabilitacyjnego)

Uzasadnienie:.....

.....

.....

Celem wydania zaświadczenia jest ubieganie się Pacjenta o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia
w sprzęt rehabilitacyjny dla indywidualnych osób niepełnosprawnych.

.....

pieczętka i podpis lekarza

¹ Niepotrzebne skreślić