

Data wpływu wniosku

--

PCPR.III.4032-2.

.2025

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

.....

.....

(przedmiot dofinansowania)

1. Dane personalne Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek) (proszę wypełnić drukowanymi literami)

DANE PERSONALNE	ADRES ZAMIESZKANIA						
Imię.....	Kod pocztowy <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-			
		-					
Nazwisko.....	Poczta.....						
PESEL.....	Miejscowość.....						
Telefon.....	Ulica.....						
e-mail:	Nr domu nr m.....						

2. Dane personalne osoby składającej wniosek w imieniu osoby niepełnosprawnej: (we właściwym polu należy wstawić znak x)

- ☐ przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy),
- ☐ opiekun prawny (do wniosku należy dołączyć postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego)
- ☐ lub pełnomocnik Wnioskodawcy (do wniosku należy dołączyć pełnomocnictwo notarialne)

Imię i nazwisko..... Nr PESEL.....

Miejscowość..... ulica nr domu nr lokalu

kod pocztowy-..... poczta powiat

województwo nr telefonu

3. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

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

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

4. Cel dofinansowania:

5. Miejsce realizacji zadania (instalacji sprzętu):

.....			
miejscowość	kod pocztowy	ulica	nr

6. Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:

(W uzasadnieniu należy opisać niepełnosprawność wnioskodawcy i ograniczenia wynikające z niepełnosprawności oraz uzasadnić, w jaki sposób prowadzenie zajęć rehabilitacyjnych przy pomocy wnioskowanego sprzętu w warunkach domowych przyczyni się do osiągnięcia przez osobę niepełnosprawną możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej. W uzasadnieniu prosimy także wpisać inne informacje mogące mieć wpływ na zasadność wniosku).

[illegible]

7. Przewidywany koszt ogólny realizacji zadania oraz źródła finansowania zadania:

1. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania	 zł
2. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania	 %
3. Procent kosztów zadania do pokrycia ze środków PFRON	 %

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania: zł

(słownie:)

8. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON ⁽¹⁾

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych, technicznych, w komunikowaniu się, zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, pożyczki, programy celowe: PEGAZ, Komputer dla Homera, Aktywny Samorząd itp.)				Tak	☐
				Nie	☐
Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Cel (nazwa programu lub nazwa zadania)	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON ⁽¹⁾	☐ TAK	☐ NIE
Kwota zaległości		
Czy Wnioskodawca był stroną umowy zawartej z PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy ⁽¹⁾	☐ TAK	☐ NIE
Nr i data rozwiązanej umowy, przedmiot umowy, przyczyna rozwiązania:.....		

9. Forma przekazania dofinansowania (wstawić x w wybrane pole):

☐ Dofinansowanie należy przekazać na konto sprzedawcy/wykonawcy, zgodnie z nazwą banku i numerem rachunku bankowego wskazanego na dowodzie zakupu przedmiotu dofinansowania.

☐ Konto osobiste Wnioskodawcy

Nazwa banku:

Numer rachunku bankowego :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, iż posiadam środki finansowe na wniesienie wkładu własnego na zakup wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.
2. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
3. Zobowiązuję się bezzwłocznie zgłosić do PCPR informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.
4. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku nie gwarantuje uzyskania dofinansowania.

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

* niepotrzebne skreślić

Uwaga:

1. We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki wniosku. 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, którego dotyczy.
2. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.
3. Wnioski rozpatrywane są według daty wpływu kompletnego wniosku do PCPR. Dofinansowaniem obejmuje się kompletne wnioski rozpatrzone pozytywnie, aż do momentu wyczerpania środków finansowych na dany rok kalendarzowy.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż:

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowej Soli (67-100) przy ulicy Staszica 1A. Z administratorem można skontaktować się mailowo: pcpr@powiat-nowosolski.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail: inspektor@4consult.com.pl.

Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszonej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej: www.pcprnowasol.pl w zakładce „Informacja RODO”.

Załączniki do wniosku:

1. Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schodzenia, rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego wraz z uzasadnieniem potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych – stanowiące załącznik do niniejszego wniosku.
2. Oferta cenowa wybranego sprzętu rehabilitacyjnego sporządzona przez sprzedawcę **zawierająca cenę brutto, model, nazwę producenta.**
3. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, a w przypadku dzieci do lat 16 kopia orzeczenia o niepełnosprawności.

Informacja:

1. **SPRZĘT REHABILITACYJNY** - to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych w warunkach domowych, mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej, możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.

.....

Dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
(należy wypełnić czytelnie i w języku polskim)

1. Imię i nazwisko pacjenta.....

2. PESEL:

3. Rodzaj niepełnosprawności (schorzenie)

.....

.....

4. Wymienić rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego, którego stosowanie jest uzasadnione
potrzebami wynikającymi z rodzaju niepełnosprawności pacjenta:

.....

.....

5. Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy
użyciu ww. sprzętu rehabilitacyjnego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

pieczętka i podpis lekarza specjalisty

Uwaga:

Wszelkie informacje w zaświadczeniu wypełnia lekarz.

Zaświadczenia z dopiskami innych osób niż lekarz wystawiający zaświadczenie nie będą honorowane