

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny****Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

ROLA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie ☐ do rozliczenia dofinansowania ☐ do zawarcia umowy ☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku ☐ do złożenia wniosku ☐ inne

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Pocшта:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Pocшта:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
------------	-----------------

Imię:**Drugie imię:****Nazwisko:****PESEL:****Data urodzenia:****Płeć:**☐ mężczyzna ☐ kobieta**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO****Nazwa pola****Do uzupełnienia****Województwo:****Powiat:****Gmina:****Miejscowość:****Ulica:****Nr domu:****Nr lokalu:****Kod pocztowy:****Poczta:****Nr telefonu:****Adres e-mail:****Rodzaj miejscowości:**☐ miasto
☐ wieś**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI****Nazwa pola****Do uzupełnienia****Osoba w wieku do 16 lat
posiadająca orzeczenie
o niepełnosprawności:**☐ tak
☐ nie**Stopień
niepełnosprawności:**☐ Znaczny
☐ Umiarkowany
☐ Lekki
☐ Nie dotyczy**Orzeczenie dotyczące
niepełnosprawności
ważne jest:**☐ bezterminowo
☐ okresowo – do dnia:

Grupa inwalidzka:

- ☐ I grupa
- ☐ II grupa
- ☐ III grupa
- ☐ nie dotyczy

Niezdolność:

- ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji
- ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
- ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy
- ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy
- ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym
- ☐ Nie dotyczy

Rodzaj niepełnosprawności:

- ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe
- ☐ 02-P – choroby psychiczne
- ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
 - ☐ osoba głucha
 - ☐ osoba głuchoniema
- ☐ 04-O – narząd wzroku
 - ☐ osoba niewidoma
 - ☐ osoba głuchoniewidoma
- ☐ 05-R – narząd ruchu
 - ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
 - ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych
- ☐ 06-E – epilepsja
- ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego
- ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- ☐ 10-N – choroby neurologiczne
- ☐ 11-I – inne
- ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:

- ☐ tak
- ☐ nie

Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):

- ☐ 2 przyczyny
- ☐ 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

☐ indywidualne ☐ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Ze środków finansowych PFRON:

- ☐ nie korzystałem
☐ korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia
--------------------	----------	---------------------	----------------------	------------------

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	

Miejsce realizacji:**Cel dofinansowania:**

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 80% kosztów realizacji zadania.

PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany koszt:	
Kwota wnioskowana:	
Uzasadnienie:	

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

☐ W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

SYTUACJA ZAWODOWA

- ☐ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
☐ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
☐ Bezrobotny poszukujący pracy
☐ Rencista poszukujący pracy
☐ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
☐ Dzieci i młodzież do lat 18
☐ Inne / jakie?

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**OŚWIADCZENIE**

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam że zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

Miejscowość

Data

Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.

Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.

Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

(punkt ten wypełniany jest w przypadku gdy wnioskodawcą jest osoba niepełnoletnia lub gdy wnioskodawca posiada wyznaczonego przez Sąd opiekuna prawnego bądź pełnomocnictwo notarialne)

.....syn/córka.....
nazwisko i imię/imiona (imię ojca)

Dowód osobisty seria nr wydany w dniu przez

PESEL.....

Zamieszkały (a) nr kodu-..... miejscowość

ulica nr domu nr lokalu

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem

.....
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ... sygn. akt / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ... z dn. ... repert. nr ...)*

Wymagane załączniki:

- 1) *Kopia (oryginał do wglądu) dokumentu poświadczającego niepełnosprawność wnioskodawcy*
- 2) *Zaświadczenie lekarskie określające rodzaj niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego stosownego do potrzeb wynikających ze stanu zdrowia, do rehabilitacji w warunkach domowych*
- 3) *Informacja o dochodzie (netto), w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.*
- 4) *Rachunek pro-forma/ kosztorys/ oferta cenowa*

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany zamieszkały w

Legitymujący się dowodem osobistym nr PESEL

1. Oświadczam, że do uzyskania informacji o sprawach prowadzonych przez Powiatowe Centrum Pomocy rodzinie we Włocławku oraz składania wniosków, oświadczeń w moim imieniu upoważniam niżej wymienioną bliską mi osobę.

☐ nikogo nie upowazniam¹

..... PESEL.....
zam..... (tel. kontaktowy).....

.....
(podpis petenta, przedstawiciela ustawowego lub faktycznego)

.....
¹ Zakreślić znakiem X

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wydane dla potrzeb PCPR we Włocławku – dotyczy wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON na
zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

(Miejscowość, ulica, nr domu/lokalu)

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

Pacjent jest osobą (zaznaczyć właściwe):

- ☐ leżącą
- ☐ poruszającą się na wózku inwalidzkim
- ☐ poruszającą się za pomocą kuli / kul / balkonika / innego sprzętu:
- ☐ poruszającą się samodzielnie bez zaopatrzenia ortopedycznego
- ☐ z dysfunkcją narządu wzroku, powodującą trudności w poruszaniu się
- ☐ z inną dysfunkcją powodującą trudności w poruszaniu się:
-

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny, wykorzystywany do rehabilitacji w warunkach domowych

.....

Uzasadnienie konieczności zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:

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

.....
Pieczęć i podpis lekarza

KLAUZULA INFORMACYJNA OGÓLNA
POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE WE WŁOCŁAWKU

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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. Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO – informuję, że:

I. Administrator Danych Osobowych

Administratorem Danych Osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Włocławku reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą przy ulicy Stodólnej 68, 87-800 Włocławek (tel. **54 230-46-29**, e-mail: sekretariat@pcprwloclawek.pl).

II. Inspektor Ochrony Danych

Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym możesz się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych pod numerem telefonu **54 230-46-60**, e-mail: iod@powiat.wloclawski.pl lub pisemnie na adres siedziby, wskazany w pkt I.

III. Cele i podstawy przetwarzania

Twoje dane przetwarzane będą w celu:

- 1) rekrutacji na podstawie Pana/Pani zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). W każdej chwili przysługuje Panu/Pani prawo do wycofania zgody na przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/Pani j zgody przed jej wycofaniem;
- 2) wykonania umowy, której Pan/Pani jest stroną lub do podjęcia działań, na Pana/Pani żądanie, przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO);
- 3) przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust.1 li. c RODO), w tym przede wszystkim w zakresie realizowania zadań wynikających z ustawy o pomocy społecznej oraz innych ustaw określających zadania powiatu w szczególności w zakresie wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, polityki prorodzinnej i wspierania osób niepełnosprawnych.
- 4) realizacji zadań publicznych w interesie publicznym, wynikających wprost z ww. przepisów prawa lub określonych zadaniami statutowymi placówki (art. 6 ust. 1 lit. e RODO);
- 5) prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
- 6) realizacji zadań innych niż wykonywanie obowiązku prawnego, Pana/Pani dane osobowe nie będą przetwarzane bez dobrowolnej i świadomej zgody.

IV. Prawo do sprzeciwu

W każdej chwili przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pana/Pani danych opisanych powyżej. Administrator zaprzestanie przetwarzać Pana/Pani dane, chyba że będzie w stanie wykazać, że dane te będą niezbędne od ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

V. Okres przechowywania danych

Dane osobowe przetwarzane przez Administratora przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane oraz zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy kompetencyjne lub ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. Oznacza to, że dane osobowe mogą zostać usunięte po upływie określonego dla danej kategorii dokumentacji okresu przechowywania, zależnie od kategorii archiwalnej danej sprawy.

VI. Odbiorcy danych

Pana/Pani dane osobowe zostaną lub mogą zostać przekazane tylko osobom, podmiotom lub instytucjom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

VII. Informacja o zamiarze przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych

Administrator co do zasady nie zamierza przekazywać Pana/Pani danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.

VIII. Prawa osób, których dane dotyczą:

Na zasadach określonych przepisami RODO, posiada Pan/Pani prawo do żądania od administratora:

- a) dostępu do swoich danych oraz uzyskania ich kopii,
- b) sprostowania swoich danych,
- c) usunięcia swoich danych („prawo do bycia zapomnianym”),
- d) ograniczenia przetwarzania danych,
- e) przenoszenia danych,
- f) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych,
- g) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- h) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, o ile nie ogranicza tego przepis prawa, na podstawie którego Pani/Pana dane są przetwarzane.

IX. Informacje o wymogu/dobrowolności podania danych

Podanie danych w zakresie wymaganym obowiązującymi przepisami prawa jest obowiązkowe. W pozostałych przypadkach podawanie danych osobowych ma charakter dobrowolny.

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych może być wymogiem:

- 1) ustawowym,
- 2) umownym,
- 3) warunkiem zawarcia umowy,

do których podania będzie Pan/Pani zobowiązana/y.

W przypadku, gdy będzie istniał obowiązek ustawowy, a nie poda Pani/Pan swoich danych, nie będziemy mogli zrealizować zadania ustawowego, co może skutkować brakiem możliwości realizacji celu lub konsekwencjami przewidzianymi przepisami prawa.

W przypadku, kiedy podanie danych będzie warunkiem zawarcia umowy, a nie poda Pani/Pan swoich danych, nie będziemy mogli zawrzeć takiej umowy.

X. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

W oparciu o Pana/Pani dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pana/Pani zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Administrator Danych Osobowych

Dyrektor

**Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie we Włocławku**