

Nr sprawy.....

Ząbkowice Śląskie .....

*Data*

**Wniosek  
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych do sprzętu rehabilitacyjnego dla dziecka**

**DANE DZIECKA**

Imię ..... Nazwisko .....

Data urodzenia ..... Nr PESEL .....,

**Dane przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego**

Imię ..... Nazwisko .....

Nr PESEL .....

Seria i numer dowodu osobistego .....

Wydany przez .....

Zamieszkały/a – miejscowość ..... ulica .....

Nr domu ..... nr kodu ....-..... poczta .....

Nr telefonu .....

**Orzeczenie o niepełnosprawności** .....

*Data wydania oraz stopień jeżeli posiada*

**Niepełnosprawność dotyczy:** dysfunkcji narządu ruchu, narządu wzroku, narządu słuchu, narządu mowy, niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia\*

\* proszę podkreślić właściwe

**Przedmiot dofinansowania** – proszę o dofinansowanie: .....

.....

*Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego (model , typ)*

**Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania**

.....

.....

.....

.....

**Przewidywany koszt realizacji zadania** ..... zł

**Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania** ..... zł

**Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym**

l.p.	Imię nazwisko	Pokrewieństwo	Wysokość dochodu
1.	Przedstawiciel ustawy / opiekun prawny		
2.			
3.			
4.			
5.			
			suma

Niniejszym oświadczam, że mój przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi .....

Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec PFRON i nie byłem w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązaną z przyczyn leżących po mojej stronie.

**Nazwa banku i numer rachunku bankowego, na który należy przekazać dofinansowanie**

.....  
 .....

**Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON**

.....  
 .....

**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 Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Zabkowicach Śląskich (57-200) przy ulicy Bolesława Prusa 5. Z administratorem można skontaktować się mailowo: [sekretariat@pcpr-zabkowiceslaskie.pl](mailto:sekretariat@pcpr-zabkowiceslaskie.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora. Dyrektor wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail: [iod@zabkowice-powiat.pl](mailto:iod@zabkowice-powiat.pl).*

*Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do sprzętu rehabilitacyjnego dla dziecka, 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 wywieszanej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej: [www.pcpr-zabkowiceslaskie.pl/klauzula-informacyjna](http://www.pcpr-zabkowiceslaskie.pl/klauzula-informacyjna).*

## **OŚWIADCZENIA:**

1. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz informacji dotyczących zdrowia dla potrzeb rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego dla dziecka oraz realizacji obowiązków względem Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zabkowicach Śląskich.

.....  
*Data i podpis Opiekuna dziecka*

Do wniosku należy załączyć:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wskazujące potrzebę rehabilitacji w warunkach domowych na wnioskowanym sprzęcie rehabilitacyjnym,
2. Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności dziecka do 16 roku życia lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności dziecka.
3. Zaświadczenia o dochodach wnioskodawcy oraz osób wspólnie gospodarujących z wnioskodawcą obliczone za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia.
4. Kosztorys lub zaświadczenie o wartości wnioskowanego sprzętu,
5. Oświadczenie o posiadaniu środków na udział własny.

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

....., dnia.....

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o  
niepełnosprawności .....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

.....

.....

.....

4. Potrzeby pacjenta w zakresie wyposażenia w odpowiednie do rodzaju  
schorzeń urządzenia/ sprzęt rehabilitacyjny

.....

.....

3. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):

narządu ruchu w zakresie .....

dysfunkcji z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim

innej dysfunkcji kończyn dolnych

dysfunkcji kończyn górnych

jednoczesnej dysfunkcji kończyn dolnych i kończyn górnych

narządu wzroku

narządu słuchu

narządu mowy

innego schorzenia .....

.....  
pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie