

Nr sprawy.....

Ząbkowice Śląskie
Data

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

Dane Wnioskodawcy

Imię Nazwisko

Nr PESEL, Nr NIP

Seria i numer dowodu osobistego

Wydany przez

Zamieszkały/a – miejscowość ulica

Nr domu nr kodu-..... poczta

Nr telefonu

Orzeczenie o niepełnosprawności
Stopień niepełnosprawności

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

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

I.p.	Osoba	pokrewieństwo	Wysokość dochodu
1.	Wnioskodawca		
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 rozwiązanej 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 lub pisemnie na adres siedziby administratora. Dyrektor wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail: 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, 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.

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 oraz realizacji obowiązków względem Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ząbkowicach Śląskich.

.....
Data i podpis Wnioskodawcy

Informacje dotyczące opiekuna prawnego/pełnomocnika Wnioskodawcy

Imię Nazwisko

Nr PESEL

Zamieszkały/a – miejscowość ulica

Nr domu nr kodu poczta

Nr telefonu

Ustanowiony/a opiekunem/pełnomocnikiem

Postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia Sygn. Akt

.....

.....
Data i podpis Wnioskodawcy

Do wniosku należy załączyć:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wskazujące potrzebę rehabilitacji w warunkach domowych na wnioskowanym sprzęcie rehabilitacyjnym,
2. kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu)
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
5. 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