

POWIATOWE CENTRUM POMOCY  
RODZINIE  
W GRODZISKU WIELKOPOLSKIM  
ul. Żwirki i Wigury 1  
62-065 Grodzisk Wlkp.  
tel./fax 061 44 52 509

Data wpływu kompletnego wniosku .....

Numer kolejny wniosku .....  
(wypełnia PCPR)

**WNIOSEK  
O DOFINANSOWANIE ZAOPATRZENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH  
W SPRZĘT REHABILITACYJNY  
Z PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**A. Dane wnioskodawcy**

**1. Dane osoby dorosłej lub małoletniej ubiegającej się o dofinansowanie**

Imię.....	PESEL
Nazwisko.....	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Adres zamieszkania:.....	SERIA i NUMER DOWODU ..... Wydany przez: .....
Imię i Nazwisko właściciela konta:..... Nazwa Banku	TEL:..... TEL. KOM:.....
Nr konta bankowego: .....	Odbiór w kasie PCPR* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię.....	PESEL
Nazwisko.....	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Adres zamieszkania:.....	NIP □ □ □ - □ □ □ - □ □ - □ □
Imię i Nazwisko właściciela konta:..... Nazwa Banku	TEL:..... TEL. KOM:.....
Ustanowiony opiekunem* postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... Sygnatura akt..... Na mocy pełnomocnictwa* potwierdzonego przez Notariusza z dnia..... Repet. nr .....	

**2. Stopień niepełnosprawności Wnioskodawcy** (wstawić X we właściwej rubryce)

1. znaczny/ inwalidzi I grupy/ osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji/	
2. umiarkowany / inwalidzi II grupy / osoby całkowicie niezdolne do pracy /	
3. lekki / inwalidzi III grupy/ osoby częściowo niezdolne do pracy/	
4. osoby w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności/	
5. osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998 roku	
6. osoby o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	

**3. Przyczyna niepełnosprawności** (wstawić X we właściwej rubryce)

1. upośledzenie umysłowe	
2. choroba psychiczna	
3. zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
4. choroby narządu ruchu	
5. upośledzenie narządu ruchu	
6. epilepsja	
7. choroby układu oddechowego i krążenia	
8. choroby układu pokarmowego	
9. choroby układu moczowo-płciowego	
10. choroby neurologiczne	
11. inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	
12. całościowe zaburzenia rozwojowe	

**4. Korzystanie ze środków finansowych PFRON**

Nr zawartej umowy	Data przyznania dofinansowania	Kwota przyznanego dofinansowania	Cel	Stan rozliczenia

## B. Informacja o przedmiocie wniosku

### 1. Przedmiot dofinansowania:

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

### 2. Przeznaczenie wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego:

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

### 3. Miejsce realizacji zadania:

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

### 4. Jakie są oczekiwane efekty rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego którego dotyczy wniosek.

(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu i podać wyjaśnienia)

Większa samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Całkowita samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Zwiększenie możliwości udziału wnioskodawcy w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom <i>Jeżeli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób użycie sprzętu rehabilitacyjnego zwiększy szansę na aktywizację społeczną:</i> ..... ..... .....	
Zwiększenie szans wnioskodawcy na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej. <i>Jeżeli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób użycie sprzętu rehabilitacyjnego zwiększy szansę na aktywizację społeczną zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej:</i> ..... ..... .....	
Inne efekty (proszę określić jakie): ..... ..... .....	

### 5. Przewidywany koszt realizacji zadania/szczegółowy wykaz sprzętu

I.p.	Nazwa	Ilość sztuk	Cała jednostkowa	Wartość ogółem
Ogółem wartość sprzętu				

6. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania (do 80% wartości sprzętu), tj ..... zł, co stanowi.....% ceny zakupu sprzętu.

7. Udział własny w zakupie sprzętu wynosi (do 20% wartości sprzętu) tj..... zł, co stanowi.....% ceny zakupu sprzętu.

### C. Oświadczenia wnioskodawcy

Oświadczam co następuje :

<b>Liczba osób</b> pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (uprawniony oraz jego współmałżonek/małżonka i dzieci)	
<b>Miesięczny dochód</b> mojej rodziny obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
<b>Miesięczny dochód</b> w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego	

\* **Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to dochód pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

**W przypadku wątpliwości co należy uznać za dochód, informacji udziela Dział Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych w PCPR w Grodzisku Wlkp.**

1. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.
3. Zgodnie z art. 7 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych dotyczących mojej osoby (mojego małoletniego dziecka) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodziny w Grodzisku Wielkopolskim do celów związanych z realizacją zadania dofinansowania sprzętu rehabilitacyjnego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek złożony w dniu..... zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na bieżący rok przez Radę Powiatu Grodziskiego.
5. Równocześnie Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią procedury załączonej do wniosku.
6. O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować w ciągu 14 dni.
7. Przyjmuję do wiadomości informację, że niedostarczenie w/w załączników w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia

.....  
Podpis i pieczęć osoby przyjmującej oświadczenie      data      podpis Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej

#### Załączniki do wniosku:

1. Kopia dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu)
2. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty lub innego specjalisty (np. logopedy, pedagoga, rehabilitanta, terapeuty itp.), który określił potrzebę zakupu sprzętu rehabilitacyjnego stosownie do potrzeb wynikających z przyczyn niepełnosprawności (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do wniosku).
3. Oferta cenowa sprzętu.

## OGÓLNE ZASADY DOFINANSOWANIA

1. Podstawę dofinansowania stanowi **umowa zawarta przed zakupem sprzętu** między PPCR-em a Wnioskodawcą.
2. Średni miesięczny dochód netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, nie może przekroczyć kwoty:
  - a) 50% przeciętnego wynagrodzenia na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym,
  - b) 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.
3. Wysokość dofinansowania wynosi do 80% średnich kosztów tego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości 5-ciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.
4. Dofinansowanie zakupu sprzętu Rehabilitacyjnego nie przysługuje osobie niepełnosprawnej, która ma zaległości wobec PFRON lub była w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby.
5. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.

### PROCEDURA DOTYCZĄCA DOFINANSOWANIA ZAOPATRZENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W SPRZĘT REHABILITACYJNY

1. W celu ubiegania się o dofinansowanie należy:
  - uzyskać zaświadczenie od lekarza specjalisty lub innego specjalisty (np. logopedy, pedagoga, rehabilitanta, terapeuty itp.), który określi potrzebę zakupu sprzętu rehabilitacyjnego stosownie do potrzeb wynikających z przyczyn niepełnosprawności (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do wniosku),
  - ze sklepu (firmy) pobrać ofertę cenową sprzętu,
  - wypełniony wniosek wraz z kserokopią orzeczenia o niepełnosprawności, zaświadczeniem lekarskim i ofertą cenową złożyć w siedzibie PCPR w Grodzisku Wlkp., pokój nr 1, tel. 44 52 509

**Składając wniosek należy okazać oryginały powyższych dokumentów i dowód osobisty Wnioskodawcy. W przypadku jeżeli Wnioskodawca nie składa wniosku osobiście, należy przedstawić pisemne oświadczenie Wnioskodawcy (Załącznik nr 1), że upoważnia osobę składającą wniosek do występowania w jego imieniu.**

2. Wnioski są rozpatrywane w kolejności złożenia, do wyczerpania środków finansowych przyznanych na ten cel.
3. Po rozpatrzeniu wniosku i przyznaniu dofinansowania Wnioskodawca otrzymuje pisemną informację o terminie podpisania umowy lub jest powiadomiony telefonicznie przez pracownika centrum.
4. Wnioskodawca podpisuje umowę osobiście, uprzednio przedstawiając pracownikowi PCPR dowód osobisty.
5. Wnioskodawca zgodnie z umową zobowiązany jest w wyznaczonym terminie dostarczyć oryginał faktury VAT za zakupiony sprzęt rehabilitacyjny oraz dowód wpłaty udziału własnego.
6. PCPR w Grodzisku Wlkp. przekazuje przyznane środki po weryfikacji faktur w ciągu 14 dni od chwili otrzymania w/w dokumentów rozliczeniowych (oryginały faktur po opisaniu zostają zwrócone Wnioskodawcy).

Jeżeli wnioskodawca pokryje tylko kwotę udziału własnego, przyznane dofinansowanie zostanie przekazane bezpośrednio sprzedawcy sprzętu na konto wskazane na fakturze lub rachunku. Natomiast w przypadku, gdy Wnioskodawca pokryje koszty zakupu sprzętu w całości, przyznana kwota zostanie przekazana na wskazane przez Wnioskodawcę konto lub poprzez wypłatę w kasie PCPR.

**Przed podpisaniem umowy z PCPR nie należy dokonywać zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.**

## Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

**Zgodnie z art. 13 ust. 1** 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. Urz. UE L 119 z 4.05.2016), zwanego dalej **RODO informujemy, iż:**

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych (i/lub podopiecznego) jest Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Wlkp., z siedzibą w Grodzisku Wielkopolskim, ul. Żwirki i Wigury 1.

2) Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Wlkp., jest Pan Piotr Bartkowiak (e-mail: inspektor-rodo@pcprgw.pl)

3) Pani/Pana dane osobowe (i/lub podopiecznego) przetwarzane będą **do celów związanych z realizacją dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.**

na podstawie:

- Art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. 2018, Poz. 511 ze zmianami),
- Art. 6. ust 1. Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2015 poz. 926),
- art. 6 ust 1 pkt a-e ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

4) Pani/Pana dane osobowe (i/lub podopiecznego) będą przechowywane przez okres realizacji dofinansowania oraz przez okres niezbędny do zapewnienia kontroli przyznanego dofinansowania.

5) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych (i/lub podopiecznego) oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do GIODO, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

7) podanie przez Pana/Panią danych osobowych (i/lub podopiecznego), w tym danych wrażliwych, jest warunkiem koniecznym do rozpatrzenia wniosku/uzyskania dofinansowania/warunkiem zawarcia umowy. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych lub podanie niepełnych danych osobowych może skutkować pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.

8) Przetwarzane Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Wniosek Pani / Pana : .....

### O dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Przyjęto dnia..... r.

<b>Brakujące załączniki</b>	<b>tak</b>	<b>nie</b>	<b>dostarczyć do dnia *)</b>
<b>orzeczenie</b>			
<b>zaświadczenie lekarskie</b>			
<b>oferta cenowa</b>			

\*) podstawa prana: 12 pkt 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2015 poz. 926 ze zmianami).

.....  
pieczętka i podpis pracownika PCPR

**Załącznik nr 1**

.....r.  
miejsowość data

**UPOWAŻNIENIE**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zameldowania  
.....

W nawiązaniu do wniosku dotyczącego dofinansowania sprzętu rehabilitacyjnego **upoważniam**

.....  
(imię i nazwisko osoby upoważnianej)

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
Nr i seria dowodu osobistego, wydany przez

do reprezentowanie mnie w w/w sprawie, doniesienia i odbiór dokumentów, wypłata gotówki w kasie PCPR.

.....  
podpis

- Nie potrzebne skreślić



## Załącznik nr 2

Sprzęt rehabilitacyjny to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych, mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej, możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

.....  
miejsowość i data

Pieczętka instytucji wystawiającej zaświadczenie

### **ZAŚWIADCZENIE**

**Lekarza specjalisty lub innego specjalisty (logopedy, pedagoga, rehabilitanta, terapeuty itp.) który określił potrzebę zakupu sprzętu rehabilitacyjnego stosownie do potrzeb wynikających z przyczyn niepełnosprawności.**

Imię i Nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania : .....

I. Przyczyna niepełnosprawności:

**SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN  
GÓRNYCH:**

- pełna  
 częściowo ograniczona  
 całkowicie niesprawne

**SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN  
DOLNYCH:**

- pełna  
 częściowo ograniczona z pomocą  
 całkowicie niesprawne z pomocą

**OSOBA PORUSZA SIĘ**

- samodzielnie  
 z częściową pomocą  
 wyłącznie z pomocą  
 na wózku inwalidzkim  
 jest osobą leżącą

**ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE :**

1. oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
2. oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)

- wózek inwalidzki       kule łokciowe       inne ( jakie ) .....

**ZALECANY SPRZĘT I PRZEWIDYWANE EFEKTY REHABILITACJI:**

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

**Stwierdzam, że zachodzi potrzeba prowadzenie rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu ww. sprzętu.**

.....  
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

**Załącznik nr 3**

.....r.

miejsowość

data

.....  
Imię i nazwisko

.....

.....

Adres zamieszkania

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych osoby niepełnosprawnej,  
upoważnionej i innych (o ile dotyczy).**

Zgodnie z art. 7 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji dotyczącej wniosku na dofinansowanie do zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny wnioskodawcy .....

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....

czytelny podpis