

Powiatowe Centrum Pomocy
Rodzinie w Tucholi
ul. Kościuszki 16
89-500 Tuchola

Data wpływu wniosku

Numer wniosku

WNIOSEK

o dofinansowanie zakupu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub jej pełnomocnik bądź opiekun prawny, a w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic lub opiekun prawny,
proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

Przedmiot dofinansowania (np. rower stacjonarny rehabilitacyjny, orbitrek rehabilitacyjny, rotor rehabilitacyjny, itp.):

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY – osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko

PESEL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

adres zamieszkania:

ulica nr domu nr lokalu

kod - miejscowość gmina

telefon

II. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA:

Imię i nazwisko

PESEL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

adres zamieszkania (wypełnić, gdy jest inny niż Wnioskodawcy):

ulica nr domu nr lokalu

kod - miejscowość gmina

telefon

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu w

z dnia sygnatura akt

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza nr

z dnia repertorium nr

III. PRZEWDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA:

Przewidywany koszt ogółem (100%)	
Deklarowane środki własne (min. 20%)	
Wnioskowana kwota ze środków PFRON (do 80% kosztów całego przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego wynagrodzenia)	

IV. MIEJSCE REALIZACJI I CEL DOFINANSOWANIA - UZASADNIENIE WNIOSKU:

V. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM:

Niniejszym oświadczam, że **miesięczny dochód***, w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych wynosił zł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

W przypadku ujawnienia przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, może zostać anulowana a Wnioskodawca musi zostać zobowiązany do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tych środków.

*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 emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie 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.

VI. SPOSÓB PRZEKAZANIA DOFINANSOWANIA (właściwe zaznaczyć x):

1	Jestem właścicielem podanego rachunku bankowego*/posiadam stosowne pełnomocnictwo do podanego rachunku bankowego* w przypadku zapłaty gotówką za przedmiot dofinansowania: _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ Nazwa banku Właściciel rachunku bankowego:	
2	Na konto wykonawcy/ realizatora/ sprzedawcy	
3	Odbiór osobisty w przypadku zapłaty gotówką za przedmiot dofinansowania	

*niepotrzebne skreślić

VII. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

- Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponowała/ł środkami finansowymi na opłacenie wymaganego udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.
- Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem.
- Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku nie gwarantuje, że kwota przyznanego dofinansowania będzie równa oczekiwanej przez Wnioskodawcę.
- Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku podania zawartych we wniosku nieprawdziwych informacji, umowa na podstawie której przyznano środki finansowe Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zostanie rozwiązana, a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.
- Dofinansowanie ze środków Funduszu na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli dochód tych osób nie przekracza przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:
 - 50% przeciętnego wynagrodzenia, zwanego dalej "przeciętnym wynagrodzeniem", na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej,
- Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności, co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, PCPR wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.
- Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:
 - dofinansowanie nie przysługuje, jeżeli Wnioskodawca ma zaległości wobec Funduszu lub PCPR-u,
 - dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie,

- c) podstawę dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowi umowa zawarta pomiędzy Powiatem Tucholskim reprezentowanym przez Dyrektora PCPR a Wnioskodawcą,
- d) wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci mojego numeru telefonu dla potrzeb efektywnej i sprawnej realizacji złożonego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do sprzętu rehabilitacyjnego, co będzie wpływać na ułatwienie komunikacji z wnioskodawcą.
10. Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego,
Opiekuna prawnego, Pełnomocnika*)

*niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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)– „RODO”.

Informuje, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi z siedzibą w Tucholi przy ul. Kościuszki 16, 89-500 Tuchola, tel. 52 5592018, e-mail pcprtuchola@wp.pl, reprezentowane przez Dyrektora PCPR w Tucholi- Panią Annę Toby.
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym kontakt możliwy jest pod adresem e-mail inspektor.rododo@wp.pl
3. Państwa dane będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze na podstawie: art. 6 ust.1 litera c oraz art. 9 ust.2 litera b RODO, związanym z dofinansowaniem ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) sprzętu rehabilitacyjnego dla osób posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (lub równoważne) i o niepełnosprawności stosownie do Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Podanie przez Państwa danych jest wymogiem ustawowym i niezbędnym w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie, nie podanie danych może skutkować odmową realizacji dofinansowania.
5. Mają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Państwa dane mogą być udostępniane przez Administratora innym podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa.
7. Państwa dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wniosku oraz wyznaczony prawem czas archiwizacji określony w jednolitym rzeczowym wykazie akt dla organów powiatu i starostw powiatowych, stosownie do Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. Kryteria okresu przechowywania ustala się w oparciu o klasyfikację i kwalifikację, dokumentacji w jednolitym rzeczowym wykazie akt.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela
ustawowego, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika*)

*niepotrzebne skreślić

Załączniki wymagane do wniosku (wypełnia PCPR):

l.p.	Nazwa załącznika	Wypełnia PCPR	
		Załączono do wniosku*	Uzupełniono (data)*
1.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopia wypisu z treści orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem albo kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 roku (<u>oryginał do wglądu</u>)	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające opis przyczyny niepełnosprawności i uzasadnienie, że osoba ma trudności w poruszaniu się – wyłącznie w przypadku jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu – załącznik nr 2	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
3.	W przypadku opiekuna prawnego kopia odpisu wyroku sądu orzekającego ubezwłasnowolnienie. W przypadku pełnomocnika kopia pełnomocnictwa notarialnego.	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
4.	Klauzula informacyjna – załącznik nr 1	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
5.	Oferta cenowa dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania lub fakturę pro forma.	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
6.	Dokument potwierdzający posiadanie innych źródeł finansowania	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
7.	Inne dokumenty wymagane przez PCPR (jakie?)	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy

* niepotrzebne skreślić

Wniosek kompletny:

tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Adnotacje urzędowe:

.....

.....

.....

.....
/data i podpis pracownika weryfikującego wniosek/

Decyzja o przyznaniu dofinansowania:

.....

.....

.....

.....
/data i podpis pracownika weryfikującego wniosek/

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR w Tucholi – **sprzęt rehabilitacyjny**
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL

Adres

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia

.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące.....

.....
.....

4. Wskazania do rehabilitacji (wymienić na jakim sprzęcie).....

.....
.....

.....
.....

5. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu?

Tak

Nie

.....
Podpis i pieczętka lekarza

* właściwie zaznaczyć