**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 Rejonowego:** | |
| **Z dnia:** | |
| **Sygnatura akt:** | |
| **Imię i nazwisko notariusza:** | |
| **Repertorium nr:** | |
| **Zakres pełnomocnictwa:** | ☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br>☐ do rozliczenia dofinansowania<br>☐ do zawarcia umowy<br>☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br>☐ do złożenia wniosku<br>☐ inne |

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

## ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|---|---|
| **Miejscowość:** | |
| **Ulica:** | |
| **Nr domu:** | |
| **Nr lokalu:** | |
| **Kod pocztowy:** | |
| **Poczta:** | |
| **Rodzaj miejscowości:** | ☐ miasto<br>☐ wieś |
| **Nr telefonu:** | |
| **Adres e-mail:** | |

## ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|---|---|
| **Miejscowość:** | |
| **Ulica:** | |
| **Nr domu:** | |
| **Nr lokalu:** | |
| **Kod pocztowy:** | |
| **Poczta:** | |

## 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** |
| **Miejscowość:** | |
| **Ulica:** | |
| **Nr domu:** | |
| **Nr lokalu:** | |
| **Kod pocztowy:** | |
| **Poczta:** | |
| **Nr telefonu:** | |
| **Adres e-mail:** | |
| **Rodzaj miejscowości:** | ☐ miasto<br>☐ wieś |

| STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | |
|---|---|
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | ☐ tak<br>☐ nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** | ☐ Znaczny<br>☐ Umiarkowany<br>☐ Lekki<br>☐ Nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | ☐ bezterminowo<br>☐ okresowo – do dnia: |
| **Grupa inwalidzka:** | ☐ I grupa<br>☐ II grupa<br>☐ III grupa<br>☐ nie dotyczy |
| **Niezdolność:** | ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br>☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br>☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br>☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy<br>☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br>☐ Nie dotyczy |

| | |
|---|---|
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe<br>☐ 02-P – choroby psychiczne<br>☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br>☐ osoba głucha<br>☐ osoba głuchoniema<br>☐ 04-O – narząd wzroku<br>☐ osoba niewidoma<br>☐ osoba głuchoniewidoma☐ 05-R – narząd ruchu<br>☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br>☐ dysfunkcja obu kończyn górnych<br>☐ 06-E – epilepsja<br>☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br>☐ 08-T – choroby układu pokarmowego<br>☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br>☐ 10-N – choroby neurologiczne<br>☐ 11-I – inne<br>☐ 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<br>☐ nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | ☐ 2 przyczyny<br>☐ 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.

| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|---|---|---|
| | | |

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Nazwa |
|---|---|
| | |

## UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Nazwa |
|---|---|
| | |

## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

| Lista |
|---|
| 1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego Wnioskodawcy.<br>2. Zaświadczenie lekarskie zawierające uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu.<br>3. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego (o ile dotyczy).<br>4. Faktura proforma lub oferta cenowa od sprzedawcy.<br>5. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych. |

# Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

**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*** Gorzowskie Centrum Pomocy Rodzinie informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Gorzowskie Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Walczaka 42, 66-400 Gorzów Wielkopolski, tel. 95 7 151 360**.
2. Inspektorem ochrony danych osobowych jest:
   **Pan Robert Kędzior kontakt: iodo@gcprgorzow.pl**
3. Pana/Pani dane osobowe będziemy przetwarzać, aby dopełnić obowiązków, które wynikają z przepisów prawa. Cele te wynikają z ustawy i dotyczą m.in. systemowego wsparcia rodzin w funkcji socjalnej, wychowawczej i opiekuńczej (Rehabilitacja Społeczna), poprzez:
   - wsparcie osób niepełnosprawnych w rehabilitacji społecznej;
   - udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym, dotychczas będących poza systemem rehabilitacji społecznej;
   - wsparcie edukacji osób niepełnosprawnych;
   - doskonalenie systemu informacji w rozwiązywaniu problemów osób niepełnosprawnych/ pracodawców / opiekunów.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych są przepisy prawa, w tym:
   - art. 9 ust. 2 lit. b i h, Art. 6 ust. 1 lit. c. ,Art. 9 ust.1 lit. h , Art. 9 ust.1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
   - ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą";
   - dane mogą również być przetwarzane na podstawie przepisów innych ustaw i rozporządzeń krajowych, z których wynikają zadania w zakresie aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych oraz ustawy i rozporządzenia, z których wynikają zadania z dziedziny ubezpieczeń społecznych lub zabezpieczenia społecznego.
5. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa.
6. Państwa dane osobowe w zależności od sprawy będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności wynikających z Rozporządzenia 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.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości realizacji usługi, o którą się Państwo staracie.
8. Przysługuje Państwu prawo do:
   a. dostępu do swoich danych (na zasadach opisanych w art. 15 RODO);
   b. sprostowania swoich danych osobowych (na zasadach opisanych w art. 16 RODO);
   c. żądania usunięcia danych (na zasadach opisanych w art. 17 i 23 RODO
9. Jeżeli Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie udzielonej przez Państwa zgody, w każdym momencie przysługuje Państwu prawo do cofnięcia zgody oraz do usunięcia danych osobowych, w przypadku, gdy dane osobowe przetwarzamy tylko na podstawie wyrażonej przez Państwa zgody. Cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego Gorzowskie Centrum Pomocy Rodzinie dokonywało do momentu wycofania zgody.
10. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddane procesowi profilowania.

**Zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną** .....

*data i podpis*