

Nr sprawy:.....

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko: (wnioskodawcy / opiekuna prawnego / pełnomocnika)	PESEL
Dokładny adres z kodem: tel.:	Dowód tożsamości Wydany przez: Dnia
dla (imię i nazwisko)	PESEL:
Dokładny adres z kodem:	Dowód tożsamości Wydany przez dnia

2. Posiadane orzeczenie: (właściwe zaznaczyć)

- ◆ o stopniu niepełnosprawności: ZNACZNYM UMIARKOWANYM LEKKIM
- ◆ o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów: I II III
- ◆ o całkowitej / o częściowej niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym /
i niezdolności do samodzielnej egzystencji
- ◆ o niepełnosprawności w przypadku dzieci do 16-go roku życia
- ◆ na okres / TRWALE

3. Rodzaj niepełnosprawności (właściwe zaznaczyć)

1.	Poruszanie się na wózku inwalidzkim	
2	Inna dysfunkcja narządu ruchu	
3	Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
4	Niepełnosprawność sprzężona	
5	Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
6	Inna, jaka?	

4. Oświadczenie o wysokości dochodów:

L.p.	imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa	wiek	niepełnosprawność		przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku *
				stopień ⁽¹⁾	rodzaj ⁽²⁾	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7	RAZEM DOCHÓD W RODZINIE					

⁽¹⁾ proszę wstawić: I, II, III lub Z, U, L

⁽²⁾ proszę wstawić oznaczenie cyfrowe z tablicy w pkt.3 – rodzaj niepełnosprawności

* - Przeciętny miesięczny dochód rodziny w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o kwoty alimentów świadczonych na rzecz innych osób, oraz koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne nie zaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony **za kwartał** poprzedzający miesiąc złożenia wniosku(są to miesiące oznaczone I-III, IV – VI, VII- IX, X- XII). Przy ustalaniu dochodów w rodzinie nie uwzględnia się świadczeń pielęgnacyjnych i rodzinnych.

5. Liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

6. Przeciętny miesięczny dochód z wiersza 7 z w/w tabeli podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi : Zł

7. Informacja o korzystaniu z dofinansowania ze środków PFRON wymagającej podpisania umowy

Numer i data umowy	Kwota przyznana	Przedmiot dofinansowania	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
Razem		Kwota rozliczona - RAZEM		

**Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed
przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków
PFRON.**

- Oświadczam że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych, wynikającej z art. 286 § 1, 2 i 3 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997r., Kodeks Karny.
- Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe i techniczne do realizacji zadania.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się pisemnie poinformować PCPR w Gliwicach, w ciągu 14 dni.

~~~~~

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO) Oświadczam, że zostałem poinformowany, że:

1. Administratorem danych osobowych Wnioskodawcy jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gliwicach, ul. Zygmunta Starego 17, kod pocztowy 44-100, adres e-mail: pcpr\_gliwice@powiatgliwicki.pl, tel. 32 332 66 16.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest możliwy za pomocą poczty elektronicznej pod adresem e-mail: pcpr\_gliwice@powiatgliwicki.pl
3. Dane osobowe Wnioskodawcy będą przetwarzane w celu realizacji zawartej umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych w powyższym celu jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (art.6 ust.1 lit. b, e RODO).
5. Dane osobowe Wnioskodawcy będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom przetwarzającym dane osobowe w oparciu o stosowne umowy, a w zakresie danych korespondencyjnych operatorowi pocztowemu lub kurierowi.
6. Dane osobowe Wnioskodawcy będą przetwarzane przez okres wskazany w przepisach dotyczących instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt, bądź innych przepisów prawa.
7. Wnioskodawca posiada prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych Wnioskodawcy.
8. Wnioskodawcy przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
9. Podanie przez Wnioskodawcę danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy, a ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy.
10. Dane osobowe Wnioskodawcy nie będą przekazywane do państwa trzeciego/ organizacji międzynarodowej.
11. Dane osobowe Wnioskodawcy nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy/ opiekuna prawnego/ pełnomocnika

**Załączniki:**

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności / o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu w trakcie składania wniosku).
2. Zaświadczenie lekarza specjalisty bądź zaświadczenie rehabilitanta prowadzącego rehabilitację o zasadności zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.
3. Oferta wnioskowanego sprzętu.
4. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej kserokopia Postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu w trakcie składania wniosku).
5. W przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, kserokopia pełnomocnictwa notarialnego (oryginał do wglądu w trakcie składania wniosku).

---

| Wypełnia PCPR                               |                                                  |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| .....<br><b>Data wpływu wniosku do PCPR</b> | .....<br><b>pieczęć PCPR i podpis pracownika</b> |