



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

.....
Nr sprawy (wypełnia pracownik PCPR)

.....
Data wpływu wniosku

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej

1. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko	PESEL
Adres zamieszkania	
Adres korespondencyjny (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)	

2. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Numer PESEL
☐ przedstawiciel ustawowy ☐ opiekun prawny* ☐ pełnomocnik*
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... sygnatura akt.....
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczanego przez notariusza..... dnianr repertorium.....

3. Określenie stopnia niepełnosprawności: (zaznacz właściwe)

- ☐ stopień znaczny (I grupa), niezdolność do samodzielnej egzystencji
- ☐ stopień umiarkowany (II grupa), całkowita niezdolność do pracy
- ☐ stopień lekki (III grupa), częściowa niezdolność do pracy
- ☐ osoba niepełnosprawna w wieku do lat 16



podpis wnioskodawcy*/przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZZACH

83-300 Kartuszy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuszy.pl email: sekretariat@pcprkartuszy.pl

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

Oświadczam, że:

- ✓ średni miesięczny dochód (netto) na osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł zł
- słownie: zł

w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

UWAGA! Do dochodu nie wlicza się świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku i dodatku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych

- ✓ liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
- ✓ nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- ✓ adres podany we wniosku jest stałym miejscem zamieszkania osoby niepełnosprawnej,

Uwaga: złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

Zakupy dokonane przed podpisaniem umowy nie podlegają dofinansowaniu.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Administrator Danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. art. 7 ust. 3, informuje o możliwości wycofania zgody udzielonej na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu ułatwienia kontaktu w sprawach wynikających z obowiązku prawnego realizowanych przez Administratora Danych, **DOBROWOLNIE WYRAŻAM ZGODĘ** na przetwarzanie moich danych osobowych tj.:

Numer telefonu

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić



Załączniki do wniosku:

1. kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności a w przypadku dziecka kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności
2. oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
3. aktualne zaświadczenie lekarskie uzasadniające konieczność zakupu wnioskowanego sprzętu oraz konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych wg załącznika nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej,
4. oferta cenowa sprzętu rehabilitacyjnego , faktura pro-forma lub inny dokument potwierdzający podany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania (w szczególnych przypadkach, PCPR może żądać od wnioskodawcy kilku ofert cenowych),
5. w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (**oryginał do wglądu**),
6. w przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza (**oryginał do wglądu**).

SPRZĘT REHABILITACYJNY - zgodnie z definicją słownikową, 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. Jest to sprzęt służący do usprawniania zaburzonych funkcji organizmu lub wspomagający proces rehabilitacji.

Sprzęt rehabilitacyjny, to urządzenia i sprzęty zalecone przez lekarza, niezbędne do rehabilitacji w warunkach domowych, nieobjęte ubezpieczeniem zdrowotnym Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Sprzęt rehabilitacyjny traktowany jest w przepisach odmiennie niż wyroby medyczne - nie ma określonego katalogu sprzętów rehabilitacyjnych. Do sprzętu rehabilitacyjnego zaliczamy m. in.: rowery rehabilitacyjne stacjonarne magnetyczne, materace do rehabilitacji, piłki i wałki rehabilitacyjne, drabinki, itp.



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzy ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach**.

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@pcprkartuzy.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych związanym m.in. z udzieleniem dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
5. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
6. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
7. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych 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.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

Załącznik nr 1
do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko

.....
zamieszkała (y).....

istnieje konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w postaci

.....
oraz konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych ze względu na:

.....
miejscowość, data

.....
(pieczęć i podpis lekarza)