

Nr w rejestrze:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Łędzińska 24
43-140 Łędziny

Data wpływu wniosku

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY (w tym DZIECKA / PODOPIECZNEGO)

IMIĘ..... NAZWISKO

DATA URODZENIA PESEL

TELEFON e-mail:@.....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES):

MIEJSCOWOŚĆ KOD POCZTOWY -

ULICA NR DOMUNR MIESZKANIA

POWIAT:WOJEWÓDZTWO:

ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania):

MIEJSCOWOŚĆ KOD POCZTOWY -

ULICA NR DOMUNR MIESZKANIAWOJEWÓDZTWO:

DANE RODZICA*/OPIEKUNA PRAWNEGO*/PEŁNOMOCNIKA /*niepotrzebne skreślić/

IMIĘ..... NAZWISKO

DATA URODZENIA PESEL

TELEFON e-mail:@.....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES):

MIEJSCOWOŚĆ..... KOD POCZTOWY -

ULICA NR DOMUNR MIESZKANIA

POWIAT:WOJEWÓDZTWO:

1. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik /Należy wstawić X we właściwej rubryce/

I grupa inwalidów	Znaczny stopień niepełnosprawności	Całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji	
		Stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym z przysługującym zasiłkiem pielęgnacyjnym	
II grupa inwalidów	Umiarkowany stopień niepełnosprawności	Całkowita niezdolność do pracy	
III grupa inwalidów	Lekki stopień niepełnosprawności	Częściowa niezdolność do pracy	
		Stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym	
Osoba w wieku do 16 lat zaliczane od osób niepełnosprawnych			

Dokument potwierdzający niepełnosprawność Wnioskodawcy jest ważny /Należy wstawić X we właściwej rubryce/ okresowo do na stałe**2. Rodzaj niepełnosprawności** /Należy wstawić X we właściwej rubryce/

1)	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim		
2)	osoba poruszająca się o kulach lub przy pomocy balkonika		
3)	inna dysfunkcja narządu ruchu		
4)	dysfunkcja narządu wzroku:	- osoba niewidoma	
		- osoba niedowidząca	
5)	dysfunkcja narządu słuchu:	- osoba niesłysząca	
		- osoba niedosłysząca	
6)	dysfunkcja narządu mowy		
7)	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)		
8)	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia		

3. Oświadczenie o wysokości dochodów

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym

		Średni miesięczny dochód netto
Wnioskodawca:		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą: /należy wypełnić jeżeli dotyczy/		X
1)		
2)		
3)		
4)		
RAZEM		

Oświadczam, że przeciętny **miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**, wynosił zł

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Wnioskodawcy lub
przedstawiciela ustawowego)

Stwierdzam własnoręcznie podpisu:

.....
(podpis potwierdzającego własnoręcznie podpisu

Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)

/podpis składa osoba, w obecności której Wnioskodawca lub przedstawiciel ustawowy samodzielnie nie może podpisać Wniosku/

7. Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną RODO

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), dalej RODO. informuje, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Łędzińska 24, 43-140 Łędziny reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łędzinach.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: mail: sekretariat@pcprledziny.pl z dopiskiem IOD, tel. +48 501070616
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych i statutowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz Art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO),
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa,
6. Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, żądania ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie,
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zadań jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa a w pozostałym zakresie dobrowolne.

Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z powyższą klauzulą informacyjną RODO

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Wnioskodawcy lub
przedstawiciela ustawowego)

Stwierdzam własnoręcznie podpisu:

.....
(podpis potwierdzającego własnoręcznie podpisu

Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)

/podpis składa osoba, w obecności której Wnioskodawca lub przedstawiciel ustawowy samodzielnie nie może podpisać Wniosku/

8. Wymagane załączniki do wniosku: /Należy wstawić X we właściwej rubryce/

Lp.	Rodzaj załącznika	Dołączono do wniosku	
		TAK	NIE
1)	Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, osoby do 16 r.ż orzeczenia o niepełnosprawności.		
2)	Zaświadczenie lekarza specjalisty o stanie zdrowia – zgodnie z wzorem stanowiącym integralną część niniejszego wniosku.		

3)	Co najmniej dwie oferty wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego wraz ze specyfikacją, przy czym każda z nich musi pochodzić z innego punktu sprzedaży.		
----	--	--	--

.....
*(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)*

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Łędzińska 24; 43-140 Łędziny
celem przyznania dofinansowania ze środków PFRON do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego
(prosimy wypełnić czytelnie)

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania pacjenta

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

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

2. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności

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

3. Uzasadnienie konieczności prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wskazanego sprzętu rehabilitacyjnego

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

.....
Data

.....
*(pieczęć i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie)*

