

Data wpływu:.....

Nr sprawy:.....

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

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola      | Do uzupełnienia                                                     |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| Imię:           |                                                                     |
| Drugie imię:    |                                                                     |
| Nazwisko:       |                                                                     |
| PESEL:          |                                                                     |
| Data urodzenia: |                                                                     |
| Płeć            | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

### ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola           | Do uzupełnienia                                                  |
|----------------------|------------------------------------------------------------------|
| Województwo:         |                                                                  |
| Powiat:              |                                                                  |
| Gmina:               |                                                                  |
| Miejscowość:         |                                                                  |
| Ulica:               |                                                                  |
| Nr domu:             |                                                                  |
| Nr lokalu:           |                                                                  |
| Kod pocztowy:        |                                                                  |
| Poczta:              |                                                                  |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |
| Nr telefonu:         |                                                                  |
| Adres e-mail:        |                                                                  |

### ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola    | Do uzupełnienia |
|---------------|-----------------|
| Województwo:  |                 |
| Powiat:       |                 |
| Gmina:        |                 |
| Miejscowość:  |                 |
| Ulica:        |                 |
| Nr domu:      |                 |
| Nr lokalu:    |                 |
| Kod pocztowy: |                 |
| Poczta:       |                 |

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

| Nazwa pola      | Do uzupełnienia                                                     |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| Imię:           |                                                                     |
| Drugie imię:    |                                                                     |
| Nazwisko:       |                                                                     |
| PESEL:          |                                                                     |
| Data urodzenia: |                                                                     |
| Płeć:           | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

| Nazwa pola           | Do uzupełnienia                                                  |
|----------------------|------------------------------------------------------------------|
| Województwo:         |                                                                  |
| Powiat:              |                                                                  |
| Gmina:               |                                                                  |
| Miejscowość:         |                                                                  |
| Ulica:               |                                                                  |
| Nr domu:             |                                                                  |
| Nr lokalu:           |                                                                  |
| Kod pocztowy:        |                                                                  |
| Poczta:              |                                                                  |
| Nr telefonu:         |                                                                  |
| Adres e-mail:        |                                                                  |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne<br><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| <b>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:</b> | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 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

| 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. | Plik                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu)                                                                                                                                                                                                              |
| 2   | Aktualne zaświadczenie lekarskie ( lekarza specjalisty) o rodzaju niepełnosprawności oraz o wskazaniach dotyczących potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego wystawione czytelnie w języku polskim (zaświadczenie ważne jest 1 miesiąc od daty wystawienia) |
| 3   | Kserokopia aktu urodzenia dziecka (oryginał do wglądu)                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4   | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekunów prawnych, lub pełnomocnictwo (oryginał do wglądu)                                                                                                                                                                           |
| 5   | Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 6   | Jeżeli zajdzie taka potrzeba PCPR może żądać dostarczenia innych dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku                                                                                                                                                                                                  |

Na podstawie art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych zwane dalej „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu, z siedzibą przy ul. Ks. Prał. St. Słonki 24, 34-300 Żywiec.

2. W sprawach związanych z Pani/a danymi można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail [iodo@marwikipoland.pl](mailto:iodo@marwikipoland.pl).

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wniosków o dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b, art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy.

4. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom w celu prawidłowej realizacji zadań na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych lub instytucjom uprawnionym do przetwarzania danych osobowych na mocy przepisów prawa.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa oraz zgodnie z rzeczowym wykazem akt PCPR w Żywcu.

6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

7. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony danych Osobowych (na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa), gdy stwierdzone zostanie, że dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.

8. Przysługuje Pani/Panu prawo do:

a) dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępnianie dane osobowe nie mogą ujawniać danych osób trzecich,

b) sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,

c) żądania usunięcia danych po upływie okresu, o którym mowa w pkt. 5.

9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

Oświadczam, że zapoznałem się oraz akceptuję powyższe informacje.

Data .....czytelny podpis.....