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

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię / Imiona:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
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

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię / Imiona:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
E-mail:	

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe
	☐ 02-P – choroby psychiczne
	☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
	  ☐ osoba głucha
	  ☐ osoba głuchoniema
	☐ 04-O – narząd wzroku
	  ☐ osoba niewidoma
	  ☐ osoba głuchoniewidoma
	☐ 05-R – narząd ruchu
	  ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
	  ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych
	☐ 06-E – epilepsja
	☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
	☐ 08-T – choroby układu pokarmowego
	☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
	☐ 10-N – choroby neurologiczne
	☐ 11-I – inne
	☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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 ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeżeli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 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 DOFINANSOWANIA

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania, uzasadnienie:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:*	
Słownie:	
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:	
Numer 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

1. **Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. 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.**
2. 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.
3. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. 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.

_____ _____

data czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych takich jak numer telefonu/e-mail w celu ułatwienia kontaktu z pracownikiem MOPR w Koninie w związku z realizacją złożonego przeze mnie wniosku (na podstawie art. 6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.).

Jest mi wiadomo, że mogę w dowolnym momencie wycofać złożoną zgodę. Wycofanie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie udzielonej zgody przed jej wycofaniem.

_____ _____

data czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

WYMAGANE DOKUMENTY DO WNIOSKU

1. Kopia dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu).
2. Kopia dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (oryginał do wglądu).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu (czytelne, w języku polskim).
4. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej kopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
5. W przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika oryginał pełnomocnictwa, lub kserokopia pełnomocnictwa poświadczona przez notariusza.
6. Oferta cenowa od sprzedawcy (dotyczy zakupu sprzętu, urządzenia).
7. Klauzula informacyjna.

Klauzula informacyjna

Zgodnie z 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest
   a) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa,
   b) Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Przyjaźni 5, 62-510 Konin, tel. 63 242 62 32, e-mail: sekretariat@moprkonin.lm.pl
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych:
   a) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: iod@pfron.org.pl, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. 22 50 55 500
   b) Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, Pani Joanna Jaworska: ul. Przyjaźni 5, 62-100 Konin, tel. 63 24 99 671
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez:
   a) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu zarządzania systemem SOW, monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacji (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.),
   b) Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w związku ze złożonym wnioskiem o udzielenie pomocy w celu przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej i przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.), w tym w systemie informatycznym SOW (system obsługi wsparcia), który ma usprawnić proces aplikowania o środki PFRON. Regulamin korzystania z systemu SOW dostępny jest pod adresem https://sow.pfron.org.pl.
4. Zakres przetwarzanych Pani/ Pana danych osobowych określony jest przepisami prawa.
5. W przypadku, gdy przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie zgody (art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie udzielonej zgody przed jej cofnięciem.
6. Jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie Pani/ Pana zgody, podanie tych danych osobowych administratorowi ma charakter dobrowolny.
7. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
   a) podmioty uprawnione na mocy przepisów prawa
   b) podmioty uprawnione na mocy zawartych umów na powierzenie przetwarzania danych osobowych przez administratorów
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
9. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt. 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
10. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
11. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie, 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.;
12. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa przyznania wnioskowanych świadczeń.
13. Pani/ Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będzie wobec nich profilowania.

_____ _____

data czytelny podpis

..... Dnia .....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb MOPR – dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

   .....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności .....

   .....

   .....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące: .....

   .....

   .....

4. Konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (**jaki sprzęt** i uzasadnienie zakupu tego sprzętu i przewidywane efekty rehabilitacji)

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

5. Pacjent **wymaga / nie wymaga** * rehabilitacji w **warunkach domowych** przy użyciu tego sprzętu.
6. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (jakiego narządu):

   .....

   .....

   .....

_____

Pieczątka i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić