



Data wpływu:	
Nr sprawy:	

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Imię ojca:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PODOPIECZNEGO

☐ Nie dotyczy	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Imię ojca:	

PESEL:							
Data urodzenia:							
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta						
ADRES ZAMIESZKANIA							
Miejscowość:							
Ulica:							
Nr domu:							
Nr lokalu:							
Kod pocztowy:							
Pocztą:							
Nr telefonu:							
Adres e-mail:							
OPIEKUN USTANOWIONA/Y							
☐ Przedstawicielem ustawowym							
☐ Opiekunem prawnym:							
	<table border="1"> <tr> <td>Postanowieniem Sądu Rejonowego:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Z dnia:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sygnatura akt:</td> <td></td> </tr> </table>	Postanowieniem Sądu Rejonowego:		Z dnia:		Sygnatura akt:	
Postanowieniem Sądu Rejonowego:							
Z dnia:							
Sygnatura akt:							
☐ Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:							
	<table border="1"> <tr> <td>Imię i nazwisko:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Z dnia:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Repetitorium nr:</td> <td></td> </tr> </table>	Imię i nazwisko:		Z dnia:		Repetitorium nr:	
Imię i nazwisko:							
Z dnia:							
Repetitorium nr:							

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
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
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ Tak ☐ 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

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 PRZYCZYŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (JEŚLI DOTYCZY):

- 2 przyczyny
- 3 przyczyny

IV. 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?

V. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków finansowych PFRON:

- ☐ nie korzystałem
- ☐ korzystałem

VII. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

VII. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

--	--	--	--	--

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**I. PRZEDMIOT WNIOSKU****Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:**

--

Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):

Słownie:

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (maksymalnie 80% ceny zakupu):

Słownie:

co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:**Miejsce realizacji:****II. UZASADNIENIE****Uzasadnienie:**

--

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**DANE RACHUNKU BANKOWEGO**

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

Właściciel konta**Numer rachunku bankowego:****Nazwa banku:**

OŚWIADCZENIE

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.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz.U. z 2019 r., poz. 1950, z późn. zm.) - 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 PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą Dz.U. 2019 poz. 1781 z 30.08.2019 o ochronie danych osobowych.

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wydane przez specjalistę.
3. Zaświadczenie o zatrudnieniu, lub prowadzeniu działalności gospodarczej.
4. Oferta cenowa dotycząca wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego lub faktura proforma.
5. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego należy dołączyć kserokopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

.....
(pieczęć zakładu)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
celem ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

(PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE)

1. 1.WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

2. Rozpoznanie choroby zasadniczej oraz inne współistniejące choroby, a także schorzenia wynikające z rodzaju niepełnosprawności

.....

.....

.....

.....

.....

3. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego?

☐ TAK

☐ NIE

4. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny (podać nazwę)

.....

.....

.....

5. Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu oraz rokowania na przyszłość, w tym przewidywane skutki zmniejszenia niepełnosprawności

.....

.....

.....

.....

.....
Pieczęć imienna i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z USŁUG POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W KONINIE

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (RODO), przekazujemy następujące informacje:

1. Administrator danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Koninie (PCPR) z siedzibą przy ul. Aleje 1 Maja 9, 62-510 Konin, tel. 63 243 03 06, e-mail: sekretariat@pcpr.konin.pl.

2. Inspektor Ochrony Danych

W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: inspektor.ochrony@pcpr.konin.pl lub telefonicznie: 63 243 03 06.

3. Cele i podstawy prawne przetwarzania danych

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z:

- o ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2025 r. poz. 913 ze zm.),
- o ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm.),
- o ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO. W przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody podstawą prawną jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO.

4. Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji powyższych celów oraz zgodnie z przepisami dotyczącymi archiwizacji dokumentów obowiązującymi w PCPR w Koninie.

5. Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- o dostępu do swoich danych osobowych,
- o sprostowania danych,
- o usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania,
- o przenoszenia danych (w przypadkach przewidzianych w RODO),
- o wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- o cofnięcia zgody na przetwarzanie (dla danych przetwarzanych na podstawie zgody), bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania przed jej cofnięciem. Niektóre z tych praw mogą podlegać ograniczeniom wynikającym z przepisów prawa.

6. Prawo do skargi

W przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych narusza przepisy RODO, przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa.

7. Obowiązek podania danych

Podanie danych osobowych wymaganych przepisami prawa jest obowiązkowe. Niepodanie danych może skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Dane przetwarzane na podstawie zgody podawane są dobrowolnie.

8. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom współpracującym z PCPR na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych oraz organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

9. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą informacyjną i jest ona dla mnie zrozumiała:

Data i podpis:

.....