

Wniosek

Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK NALEŻY  
WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM  
Z NIEBIESKIM  
ATRAMENTEM,  
DRUKOWANYMI  
I CZYTELNYMI LITERAMI !**



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:	<b>UZUPEŁNIĆ W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWLONIEJ</b>
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/>

\*W PRZYPADKU DZIECKA  
NALEŻY WPISAĆ:  
W IMIENIU DZIECKA  
\* W PRZYPADKU OSOBY  
UBEZWŁASNOWLONIEJ  
NALEŻY WPISAĆ:  
W IMIENIU  
PODOPIECZNEGO  
\*W PRZYPADKU OSOBY  
DOROSŁEJ NALEŻY  
WPISAĆ:  
WE WŁASNYM IMIENIU

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	<b>ANNA</b>
Drugie imię:	<b>-</b>
Nazwisko:	<b>KOWALSKA</b>
PESEL:	<b>12345678910</b>
Data urodzenia:	<b>DD.MM.RRR</b>
Płeć	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input checked="" type="checkbox"/> kobieta

Wniosek

### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	<b>MAZOWIECKIE</b>
Powiat:	<b>PUŁTUSKI</b>
Gmina:	<b>PUŁTUSK</b>
Miejscowość:	<b>PUŁTUSK</b>
Ulica:	<b>3 MAJA</b>
Nr domu:	<b>20</b>
Nr lokalu:	<b>-</b>
Kod pocztowy:	<b>06-100</b>
Poczta:	<b>PUŁTUSK</b>
Rodzaj miejscowości:	<input checked="" type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> Wieś
Nr telefonu:	<b>NUMER KONTAKTOWY</b>
Adres e-mail:	<b>NIE MA KONIECZNOŚCI</b>

### ADRES KORESPONDENCYJNY

 Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	<div style="font-size: 2em; font-weight: bold; color: red;">}</div> <p style="color: red; margin: 0;">WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY ADRES DO KORESPONDENCJI JEST INNY NIŻ ZAMIESZKANIA</p>
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

Wniosek

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	<p style="text-align: center;"><b>WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ JEST NIEPEŁNOLETNIE DZIECKO LUB OSOBA UBEZWŁASNOWOLNIONA</b></p>
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	<p style="text-align: center;"><b>WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ JEST NIEPEŁNOLETNIE DZIECKO LUB OSOBA UBEZWŁASNOWOLNIONA</b></p>
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

Wniosek

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <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 <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

**WSZYSTKIE DANE  
W FORMULE  
„STOPIEŃ  
NIEPEŁNOSPRAWNO  
ŚCI” NALEŻY  
WYPEŁNIĆ  
Z ORZECZENIA  
O  
NIEPEŁNOSPRAWNO  
ŚCI DOŁĄCZONEGO  
DO WNIOSKU**



Wniosek

**ŚREDNI DOCHÓD****Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:** indywidualne  wspólneŚredni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: **KWOTA**

OPODATKOWANE  
DOCHODY KAŻDEGO  
CZŁONKA RODZINY  
NALEŻY DODAĆ, ICH  
SUMĘ PODZIELIĆ  
PRZEZ LICZBĘ  
MIESIĘCY,  
W KTÓRYCH ZOSTAŁY  
ONE OSIĄGNIĘTE

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: NALEŻY WPISAĆ LICZBĘ OSÓB BRANYCH POD UWAGĘ DO WSPÓLNEGO DOCHODU Z WNIOSKODAWCA**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
NAZWA ZADANIA W RAMACH KTÓREGO REALIZOWANE BYŁO DOFINANSOWANIE	NUMER UMOWY	DATA ZAWARCIA UMOWY	KWOTA PRZYZNANA	KWOTA WYPŁACONA

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU****I. PRZEDMIOT WNIOSKU**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	NAZWA PRZEDMIOTU Z FAKTURY PRO-FORMA/ WSTĘPNEJ WYCENY
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	KWOTA BRUTTO Z FAKTURY PRO-FORMA/ WSTĘPNEJ WYCENY
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:	MAKSYMALNIE 80% WARTOŚCI SPRZĘTU
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	80%
Miejsce realizacji:	ADRES ZAMIESZKANIA
Cel dofinansowania:	ZAKUP „NAZWA SPRZĘTU”

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 80% kosztów realizacji zadania.

Wniosek

**PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany koszt:	<b>KWOTA BRUTTO SPRZĘTU</b>
<b>Kwota wnioskowana:</b>	<b>MAKSYMALNIE 80% WARTOŚCI SPRZĘTU</b>
<b>Uzasadnienie:</b>	<b>W ZAŁĄCZENIU</b>

**FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	<b>DANE WNIOSKODAWCY, NA KTÓRE BĘDZIE PRZELANE DOFINANSOWANIE</b>
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

W PRZYPADKU, GDY WŁAŚCIELEM KONTA, NA KTÓRE BĘDZIE PRZEKAZANE DOFINANSOWANIE JEST INNA OSOBA NIŻ WNIOSKODAWCA, WPISUJEMY W FORMULE „WŁAŚCIELE KONTA (IMIĘ I NAZWISKO)” IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCIELA KONTA, STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA Z WNIOSKODAWCĄ ORAZ ADRES ZAMIESZKANIA.

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?

ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE

**Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE****OŚWIADCZENIE**

Uprowadzony/uprowadzona 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.

Oświadczam że zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO. Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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,

## Wniosek

zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych. Prawa podmiotów danych Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy
<b>MIEJSCOWOŚĆ, W KTÓREJ JEST SKŁADANY PODPIS</b>	<b>DATA</b>	<b>CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY</b>

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista
-------

#### Do wniosku o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego należy dołączyć:

1. Uzasadnienie wniosku
2. Oświadczenie o zapoznaniu się z zasadami przyznawania dofinansowania
3. Kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności
4. Fakturę pro - forma lub wstępną wycenę
5. Klauzulę RODO
6. Postanowienie Sądu dot. pełnienia funkcji opiekuna prawnego lub pełnomocnika notarialnego (o ile dotyczy)
7. Zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę (ważne 3 miesiące od daty wystawienia)
8. Dokument potwierdzający zatrudnienie lub zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy

Wniosek