Data wpływu:

Numer wniosku:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

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

Wnioskodawca składa wniosek ☐ **we własnym imieniu**
☐ **w imieniu osoby niepełnosprawnej**

Zakres pełnomocnictwa **nie dotyczy** ☐

Wnioskodawca składa wniosek w imieniu osoby niepełnosprawnej na podstawie:

- Postanowienia Sądu ……..……...…..……

  z dnia ……..……..…… Sygnatura akt ……..…….…….

- Aktu notarialnego

  Imię i nazwisko notariusza ……..……..... Repetytorium nr ….……

Zakres pełnomocnictwa:

☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie
☐ do rozliczenia dofinansowania
☐ do zawarcia umowy
☐ do udzielenia dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku
☐ do złożenia wniosku
☐ inne……...…….

Dane Wnioskodawcy

Imię: ……..…… Drugie Imię: ….……..……

Nazwisko: …….……..… PESEL: …….…..…..…….

Data urodzenia: …….…… Płeć: ☐ mężczyzna ☐ kobieta

Adres zamieszkania

96-100 Skierniewice ul. …….……...……nr domu ……..…nr lokalu …….

Nr telefonu …….adres e-mail …….…….…….

Adres korespondencyjny

☐ taki sam jak adres zamieszkania

Miejscowość …… ul. ……..…… nr domu ……nr lokalu …...…

Kod pocztowy …….poczta …….…….

Nr telefonu …….adres e-mail …….…….

Dane podopiecznego/mocodawcy

Imię: ……..…… Drugie Imię: ….…….……

Nazwisko: …….……..… PESEL: …….…..….…….

Data urodzenia: …….…… Płeć: ☐ mężczyzna ☐ kobieta

Adres zamieszkania i dane kontaktowe podopiecznego

96-100 Skierniewice ul. ……...……nr domu ……..…nr lokalu ……..…

Nr telefonu ……..….adres e-mail …….…….……..….

Stopień niepełnosprawności

Osoba w wieku do lat 16 posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności ☐ tak ☐ nie

Stopień niepełnosprawności ☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki ☐ nie dotyczy

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest ☐ na stałe ☐ okresowo do dnia.....

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

Niepełnosprawność jest sprzężona (zgodnie z orzeczeniem) ☐ tak ☐ nie

Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli 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.

☐ nie korzystałem ☐ korzystałem

Cele wykorzystania otrzymanych środków PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Przedmiot wniosku

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania ……..……...

……... ……

Przewidywany koszt realizacji zadania (100%) ……

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (max. 80%)……...

co stanowi …… % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania.

Miejsce realizacji ……..

Cel dofinansowania .....…….

……

……

Uzasadnienie ……..…

……

……

……

Forma przekazania środków finansowych

☐ przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

Właściciel konta (imię i nazwisko) …….…..….

Nazwa banku ……..…...

Nr rachunku bankowego……...…..

☐ przekazem pocztowym

☐ konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Sytuacja zawodowa

☐ zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
☐ osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się
☐ bezrobotny poszukujący pracy
☐ rencista poszukujący pracy
☐ rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
☐ dzieci i młodzież do lat 18
☐ inne / jakie? …….

Oświadczenie

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. 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.

Skierniewice, dnia …….…… …….…….

podpis Wnioskodawcy

Załączniki do wniosku:

1. kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważne,
2. faktura proforma lub oferta cenowa na sprzęt rehabilitacyjny,
3. zaświadczenie od lekarza wskazujące konieczność zaopatrzenia w sprzęt w celu rehabilitacji w warunkach domowych,
4. klauzula RODO.

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

TOŻSAMOŚĆ I DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA

Administratorem przetwarzanych danych osobowych jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Skierniewicach z siedzibą przy al. Niepodległości 4, 96-100 Skierniewice. Z administratorem mogą się Państwo skontaktować poprzez:

- adres e-mail: sekretariat@moprskierniewice.pl,
- numer telefonu: (46) 833-39-48.

DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH

Z inspektorem ochrony danych można skontaktować się:

- iod@bodo24.pl

CEL I PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych w związku z wnioskiem o dofinansowanie kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

WYMOGI I KONSEKWENCJE

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją niepodania wymaganych danych jest brak możliwości złożenia wniosku i przyznania dofinansowania.

INFORMACJE O ODBIORCACH DANYCH OSOBOWYCH

Odbiorcami Państwa danych osobowych są lub mogą być:

- właściwie upoważnione osoby fizyczne, prawne lub inni odbiorcy posiadający podstawę prawną żądania dostępu do danych osobowych oraz odbiorcy, którym muszą zostać ujawnione dane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- podmioty obsługujące systemy teleinformatyczne, podmioty świadczące usługi pocztowe, kurierskie oraz prawne na rzecz Ośrodka.

CZAS PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Administrator będzie przechowywać Państwa dane osobowe do momentu załatwienia sprawy, a następnie przez 10 lat - okres wynikający z przepisu prawa powszechnie obowiązującego oraz prawa wewnętrznego – Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt.

PRAWA OSÓB FIZYCZNYCH

1. Każda osoba fizyczna, której administrator przetwarza dane osobowe ma prawo:

- otrzymać od administratora kopię swoich danych osobowych oraz szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania tych danych osobowych;
- zażądać zmiany lub uzupełnienia swoich danych osobowych, które są niepoprawne, niekompletne lub nieaktualne;
- zażądać usunięcia swoich danych osobowych, jeżeli zachodzą uzasadnione prawnie okoliczności;
- zażądać we wskazanym zakresie ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych, jeżeli zachodzą uzasadnione prawnie okoliczności;
- zażądać przesłania swoich danych osobowych przez administratora do innego wskazanego administratora, jeżeli jest to technicznie możliwe i jeżeli zachodzą uzasadnione prawnie okoliczności;
- wnieść sprzeciw w stosunku do przetwarzania jej danych, jeżeli zachodzą uzasadnione prawnie okoliczności;
- nie podlegać decyzji, która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu i wywołuje wobec nie skutki prawne lub w inny sposób na nią wpływa;
- wnieść skargę do organu nadzorczego. Organem nadzorczym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie na ulicy Stawki 2 i wszystkie dane kontaktowe znajdują się na platformie www.uodo.gov.pl.

2. Realizacja każdego żądania wymaga wcześniejszej weryfikacji tożsamości, zbadania zasadności i możliwości prawnych realizacji żądanego prawa.
3. W ciągu 30 dni od złożenia żądani administrator zobowiązany jest zrealizować żądanie lub odmówić realizacji żądania.
4. Odmowa realizacji żądania zawsze musi zawierać uzasadnienie.

.....