

1. Przedstawiciel Ustawowy, Opiekun Prawny (w przypadku małoletniego wnioskodawcy),
lub Pełnomocnik:

Imię i Nazwisko ur. lat
syn/córka (imię ojca)
Dowód osobisty: seria nrwydanym w dniu
przez
nr PESEL zamieszkały/a w.....
ulica nr domu nr lokalu
kod poczt. - poczta
powiat województwo
nr tel. ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem.

2. Inne umowy dofinansowania ze środków PFRON jakie przyznano wnioskodawcy (w okresie ostatnich 3 lat):

Numer, data zawartej umowy	Cel na jaki przyznano dofinansowanie	Stan rozliczenia (data i kwota rozliczenia)

B. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU:

1. Przedmiot dofinansowania :
2. Przeznaczenie wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego:
3. Uzasadnienie wniosku (spodziewany wpływ wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego na poprawę sprawności psychofizycznej Wnioskodawcy):
.....
.....
.....
.....
.....
4. Miejsce realizacji zadania (dokładny adres).....

5. Przewidywany koszt zakupu sprzętu zł
6. Kwota wnioskowanego dofinansowania: zł co stanowi % ceny zakupu sprzętu – **maksymalnie 80%**
7. Udział własny w zakupie sprzętu: zł to jest % ceny zakupu sprzętu.

8.OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam że :

- 1) **przeciętny miesięczny dochód**¹, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

- 1) **Dochód** – w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych /Dz.U. 2015 poz.114 z późniejszymi zmianami/ pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz kwotę świadczonych alimentów powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

Uprowadzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. nr 88, poz. 553) oświadczam, że:

- Nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Posiadam środki własne w wysokości nieobjętej wnioskowanym dofinansowaniem ze środków PFRON.
- Dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
data i czytelny podpis Wnioskodawcy,
przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnik

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU (wypełnia PCPR):

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
	wypełnia PCPR		
1. Kopia orzeczenia o: - stopniu niepełnosprawności, bądź grupie inwalidzkiej, - niezdolności do pracy, - niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, - niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.			
2. Kopia orzeczeń o stopniu niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (w przypadku takich osób).			
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie – <u>koniecznie od lekarza specjalisty</u> (druk w załączeniu).			
4. oświadczenie o wysokości dochodów netto (druk w załączeniu)			
5. Oferty cenowe wnioskowanego sprzętu wydane przez sklep, hurtownię (co najmniej dwie).			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku:

.....
(data i podpis pracownika PCPR)

Wniosek opracowano na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz. U. 2015, poz. 926 z późn. zm.).

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej Rozporządzenie) informujemy, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Łukowie ul. Broniewskiego 20/26, 21-400 Łuków;
 - została wyznaczona osoba odpowiedzialna za ochronę danych osobowych, tj. inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: iodpcpr@wp.pl lub pisemnie, przesyłając korespondencję na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Broniewskiego 20/26, 21-400 Łuków;
 - podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu uzyskania dofinansowania na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
 - odbiorcami danych osobowych mogą być osoby lub podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa, które regulują cel przetwarzania;
 - dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego powyżej celu i przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa o archiwizacji, zgodny z kategorią archiwalną, wynikającą z jednolitego rzeczowego wykazu akt;
 - w związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
 - a) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
 - b) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
 - c) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;
 - d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
 - e) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia;
 - f) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia;
- (Uwaga: realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych oraz z zasadami wynikającymi z kodeksu postępowania administracyjnego czy archiwizacji);**
- w przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia jej w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia;
 - nie będzie stosowane zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 Rozporządzenia.

Zapoznałam/em się

(data podpis)

Zaświadczenie lekarskie*
Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i Nazwisko

Data i miejsce urodzenia Nr PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie:

.....

.....

Niepełnosprawność dotyczy narządu /układu

SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN

SPRAWNOŚĆ KOŃCZYN

OSOBA PORUSZA SIĘ:

GÓRNYCH:

DOLNYCH:

- pełna
- częściowo ograniczona
- całkowicie niesprawne

- pełna
- częściowo ograniczona z pomocą
- całkowicie niesprawne z pomocą

- samodzielnie
- z częściową pomocą
- wyłącznie z pomocą
- na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą

ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE:

1 oprotezowanie / zaaparowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)

2. oprotezowanie / zaaparowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)

wózek inwalidzki kule łokciowe inne (jakie)

ZALECANY SPRZĘT I PRZEWIDYWANE EFEKTY REHABILITACJI:

.....

.....

.....

.....

.....

**Stwierdzam, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy
użyciu ww. sprzętu.** tak nie

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

* dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łukowie; ważne **trzy miesiące** od daty wystawienia.