

pieczęć PCPR w Toruniu

data wpływu do PCPR w Toruniu

WNIOSK _____ / _____ **r.**

**O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY**

Wnioskodawca (osoba niepełnosprawna dorosła - po 18 roku życia, przedstawiciel ustawowy
w przypadku dziecka - do 18 roku życia)

TAK*	NIE*
pełnomocnik / opiekun prawny *	

_____ i
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

data urodzenia (dd-mm-rr)

seria i nr dowodu

PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

kod pocztowy

miejscowość

ulica / miejscowość / nr domu / nr lokalu / miejscowość

nr telefonu / nr telefonu osoby do kontaktu (imię i nazwisko)

czytelny podpis – imię i nazwisko Wnioskodawcy* / pełnomocnik* / opiekun prawny*

* wykreślić niepotrzebne

DANE DZIECKA

Wypełnić w przypadku, gdy wniosek dotyczy dziecka (osoby niepełnosprawnej do lat 18)

imię i nazwisko dziecka

data urodzenia – (dd-mm-rr)

PESEL

czytelny podpis – imię i nazwisko opiekuna prawnego dziecka

DANE DOTYCZĄCE POSIADANEGO ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*

stopień **Znaczny*** / **I Gr.*** / całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji

stopień **Umiarkowany*** / **II Gr.*** / całkowicie niezdolny do pracy

niepełnosprawność osoby **do 16 roku życia***

* właściwe zaznaczyć

(proszę podać **datę ważności** posiadanego orzeczenia, **kod niepełnosprawności**)

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA/REHABILITACJI

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA/KSZTAŁCENIA

PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

PREZWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA WG OFERT CENOWYCH

wartość w zł

WYSOKOŚĆ KWOTY WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

(max. do 60% wartości zadania)

wartość w zł

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Oświadczam, że miesięczny dochód netto, podany w niniejszym wniosku, obliczony jest zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach rodzinnych z dn. 28.11.2003r. (Dz.U. 2017 poz. 2220), tj. pomniejszony o kwoty alimentów świadczonych na rzecz innych osób, koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne nie zaliczone do kosztów uzyskania przychodu, składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. poz. 2018.2134), tj. podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.:

zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: _____

* Przy ustalaniu dochodów w rodzinie nie uwzględnia się świadczeń pielęgnacyjnych i rodzinnych.

Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej wynikającej z ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. 2017, poz. 2204) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Toruniu.

czytelny podpis – imię i nazwisko Wnioskodawcy* / pełnomocnika* / opiekuna prawnego*

OŚWIADCZENIE O FORMIE PRZEKAZANIA DOFINANSOWANIA

Wyrażam zgodę na przekazanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych :

Przelewem na konto bankowe Wnioskodawcy: **TAK*** / **NIE*** - nr rachunku bankowego

nazwa banku: _____

□	□	-	□	□	□	-	□	□	□	-	□	□	□	-	□	□	□	-	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Konto bankowe wystawcy faktury: **TAK*** / **NIE***

czytelny podpis – imię i nazwisko Wnioskodawcy* / pełnomocnika* / opiekuna prawnego*

* wykreślić niepotrzebne

Uwaga: Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

Załączniki:

1. **Kopia ważnego orzeczenia o stopniu o niepełnosprawności / dotyczy osób powyżej 16 r. życia / lub kopię wypisu z treści orzeczenia, lub kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 01.01.1998 r. - oryginał do wglądu.**
2. **Zaświadczenie lekarza specjalisty w zakresie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego (stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności).**
3. **Dwie konkurencyjne oferty cenowe sprzętu.**
4. **Oświadczenie o dochodach wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego.**
5. **Oświadczenie o formie przekazania przyznanego dofinansowania.**
6. **załącznik do wniosku dla Pełnomocnika lub Opiekuna Prawnego osoby niepełnosprawnej – jeżeli dotyczy.**

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH

Przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe i chcemy zadbać o Wasze prawa i prywatność.

Dlatego realizując obowiązek informacyjny wynikający z 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**)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Toruniu przy ul. Towarowej 4-6, (87-100 Toruń), jako Administrator Twoich danych osobowych informuje, że:

- 1) Osobą reprezentującą Administratora (danych osobowych) jest Dyrektor PCPR – Pani Jolanta Zielińska.
- 2) Przetwarzamy Pani/Pana dane w różnym zakresie – w zależności od celu i podstawy prawnej przetwarzania. Jeśli chcesz uzyskać szczegółowe informacje odnośnie Twoich danych osobowych przetwarzanych przez PCPR w Toruniu możesz kontaktować się w tej sprawie z Inspektorem Ochrony Danych. Jest nim Pan Paweł Czapnik – iod@pcpr-torun.pl.
- 3) Będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz wykonywaniem przez administratora zadań realizowanych w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e RODO). Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych będą również zawarte umowy oraz, jeśli to konieczne, udzielone przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych.
W zależności od powodu, dla którego zebraliśmy, lub przekazaliście nam Państwo swoje dane osobowe podstawą prawną przetwarzania będą między innymi:
-art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o *rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych* (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 roku, poz. 511 ze zm.),
- 4) Pani/Pana dane osobowe będą lub mogą być przekazywane wyłącznie do podmiotów uprawnionych na podstawie przepisów prawa, porozumienia o współadministrowaniu lub umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
- 5) PCPR w Toruniu jako administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
- 7) Dane będą przetwarzane przez okres nie dłuższy niż jest to konieczne do zrealizowania celu i zadania, w jakim zostały zebrane. Następnie przez czas ustalony na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. Nr 14, poz. 67 z późn. zm.).
- 8) Zgodnie z RODO posiada Pan/Pani prawo do:
 - a. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
 - c. prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
 - d. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
 - e. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
 - f. prawo do przeniesienia danych w określonych sytuacjach;
 - g. prawo do wniesienia skargi do Prezes UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).
- 9) Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, jeśli taka zgoda była konieczna do rozpoczęcia czynności przetwarzania, jednakże dane osobowe zostaną usunięte z uwzględnieniem upływu okresu, o którym mowa w pkt 7 niniejszej informacji.
- 10) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne ale będzie warunkiem wykonania na Pani/Pana rzecz zadań realizowanych przez PCPR w Toruniu.

czytelny podpis – imię i nazwisko

stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

miejsce, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Toruniu
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Data urodzenia: _____ PESEL _____

Adres: _____

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej _____

2. Opis rodzaju schorzenia _____

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

4. Używany do tej pory sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

5. Wskazania do rehabilitacji (wymienić na jakim sprzęcie)

6. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych
przy użyciu tego sprzętu?

- Tak
 Nie

Pieczątka i podpis lekarza specjalisty