



**DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO****DANE PERSONALNE**

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia:..... r.

PESEL          NIP         Pełnoletni:  tak  nie**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy  -  .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr m. ....

Powiat .....

Województwo .....

 miasto wieś**2. STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY /DZIECKA / PODOPIECZNEGO** całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji znaczny stopień I grupa inwalidzka całkowita niezdolność do pracy umiarkowany stopień II grupa inwalidzka częściowa niezdolność do pracy lekki stopień III grupa inwalidzka ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)Ww. dokument jest ważny:  okresowo do .....  bezterminowo**3. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO WYNIKAJĄCY Z ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ORAZ ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO** NARZĄD RUCHU, w zakresie: obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnejWnioskodawca/ dziecko/ podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:  tak  nieWnioskodawca/ dziecko/ podopieczny porusza się przy pomocy kul :  tak  nie NARZĄD WZROKU, w zakresie: osoba niewidoma osoba niedowidząca NARZĄD SŁUCHU , w zakresie: osoba niesłysząca osoba niedosłysząca INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności :**4. ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO** podstawowe gimnazjalne zawodowe średnie ogólne średnie zawodowe policealne wyższe inne, jakie:

**5. DODATKOWE KWALIFIKACJE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO** prawo jazdy obsługa urządzeń biurowych znajomość języków obcych inne, jakie:..... obsługa komputera

wykonywane zawody .....

**6. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO** zatrudniony bezrobotny poszukujący pracy osoba powyżej 18 lat ucząca się prowadzący działalność gospodarczą rencista dzieci i młodzież do lat 18 bezrobotny emeryt inne, jakie: .....**7. WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY zamieszkuje** samotnie z rodziną z osobami niespokrewnionymi

czy wspólnie z wnioskodawcą /dzieckiem /podopiecznym zamieszkują inne osoby niepełnosprawne :

 tak, proszę podać ilość osób i stopień niepełnosprawności ..... nie**8. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA .....**

( należy wpisać nazwę/ rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego )

**9. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA ( proszę wpisać adres ) .....****10. TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA .....****11. SPECYFIKACJA DOTYCZĄCA DOFINANSOWANIA ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO – proszę wymienić i podać orientacyjny koszt**

Lp.	Nazwa/ rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego	Orientacyjna cena brutto w złotych

	<b>Całkowity koszt</b>	

**UWAGA! PROSZĘ O SZCZEGÓLWE I STARANNE OSZACOWANIE PONIŻSZYCH KOSZTÓW, GDYŻ PODSTAWĄ DOFINANSOWANIA BĘDĄ KWOTY WNIOSKOWANE.**

**11. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA .....W ZŁ. ( nie więcej niż 80% kosztów zadania)**

słownie : .....

**12. DEKLAROWANA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ KWOTA POKRYCIA UDZIAŁU WŁASNEGO .....**

**13. INFORMACJA O OGÓLNEJ WARTOŚCI NAKŁADÓW DOTYCHCZAS PONIESIONYCH NA REALIZACJĘ ZADANIA DO KOŃCA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO MIESIĄC, W KTÓRYM SKŁADANY JEST WNIOSK WRAZ Z PODANIEM DOTYCHCZASOWYCH ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA**

.....  
 .....  
 .....

**14. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

Czy Wnioskodawca/ dziecko/ podopieczny lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku) ze środków PFRON,

tak  nie

<i>Cel (nazwa programu i/ lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)</i>	<i>Numer i data zawarcia umowy</i>	<i>Termin rozliczenia</i>	<i>Kwota przyznana (w zł)</i>	<i>Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)</i>
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>				

**15. CZY WNIOSKODAWCA BYŁ STRONĄ UMOWY O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON I UMOWA TA ZOSTAŁA ROZWIĄZANA Z PRZYCZYN LEŻĄCYCH PO STRONIE WNIOSKODAWCY**

tak, podać datę .....

nie

**16. CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON** tak, podać rodzaj i wysokość w zł. wymagalnego zobowiązania ..... nie

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

**17. CZY PLANOWANE DO REALIZACJI ZADANIE BĘDZIE FINANSOWANE Z INNYCH ŹRÓDEŁ NIŻ PFRON ( np. sponsor, GOPS, MOPS)** tak, podać wysokość dofinansowania..... nie**18. UZASADNIENIE CELU DOFINANSOWANIA** ( wpisać informacje uzasadniające ubieganie się o dofinansowanie oraz cel jakiemu ono będzie służyć )**19. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art.233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód Wnioskodawcy, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za 3 miesiące poprzedzające miesiąc złożenia wniosku

Wynosił: .....

**Osoby pozostające z Wnioskodawcą/ dzieckiem/ podopiecznym we wspólnym gospodarstwie domowym**

Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Pokrewieństwo	Przeciętny miesięczny dochód netto
1.				
2.				

3.				
4.				
5.				
<b>Razem :</b>				

<b>20. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU</b>		
Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku zaznaczyć właściwe – wypełnia PCPR
1.	Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
2.	Kserokopia dowodu osobistego (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie ( lekarza specjalisty) o rodzaju niepełnosprawności oraz o wskazaniach dotyczących potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego wystawione czytelnie w języku polskim ( zaświadczenie ważne jest 3 miesiące od daty wystawienia)	<input type="checkbox"/>
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekunów prawnych, lub pełnomocnictwo (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
6.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych	<input type="checkbox"/>
7.	Jeżeli zajdzie taka potrzeba PCPR może żądać dostarczenia innych dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku	

**Oświadczam, że :**

- 1) informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania (odpowiedzialność karna przewidziana w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego),
- 2) posiadam środki własne na pokrycie wkładu własnego będącego uzupełnieniem dofinansowania,
- 3) jestem / nie jestem płatnikiem VAT ( niepotrzebne skreślić),
- 4) w przypadku zmiany danych podanych we wniosku zobowiązuje się niezwłocznie o tym fakcie powiadomić PCPR ,
- 5) przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania,
- 6) przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie,
- 7) przyjmuję do wiadomości, że w przypadku znacznego niedoboru środków PFRON w stosunku do istniejących potrzeb procent dofinansowania określony jako maksymalny 60%, może zostać obniżony.

.....  
data i podpis Wnioskodawcy

**We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.**

**Uwaga:**

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę we wniosku informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na postawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**  
**DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŻYWCU**

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych zwane dalej „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu, ul. Ks. Pr. St. Słonki 24, 34-300 Żywiec.
2. W sprawach związanych z Pani/a danymi można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail [iodo@pcpr-zywiec.pl](mailto:iodo@pcpr-zywiec.pl).
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy.
4. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom w celu prawidłowej realizacji zadań na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych lub instytucjom uprawnionym do przetwarzania danych osobowych na mocy przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa oraz zgodnie z rzeczowym wykazem akt PCPR w Żywcu.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony danych Osobowych, gdy stwierdzone zostanie, że dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
  - a) dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępnianie dane osobowe nie mogą ujawniać danych osób trzecich,
  - b) sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,
  - c) żądania usunięcia danych po upływie okresu, o którym mowa w pkt. 5.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania. W przypadku nie podania danych osobowych wniosek pozostanie bez rozpatrzenia.

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższą informacją.

Data .....

czytelny podpis.....

## WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU - WYPEŁNIA PCPR

Wniosek złożono w dniu.....

Brakujące dokumenty : nr.....

Wezwanie do uzupełnienia : wysłano.....odebrano.....Wniosek uzupełniono dnia :.....

Wniosku nie uzupełniono w terminie .....w związku z tym pozostanie bez rozpatrzenia.

data, podpis i pieczęć pracownika PCPR

## OPINIA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŻYWCU

data, podpis i pieczęć pracownika PCPR

## DECYZJA KIEROWNIKA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŻYWCU

pozytywna:       negatywna:

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI ..... zł, .....%

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

Żywiec dnia.....

pieczęć podpis Kierownika PCPR