Nr sprawy: PCPR.III.7010. .2020.ZUW

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

I. Dane i informacje o Wnioskodawcy

1. Nazwa i adres Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, małoletniego, osoby ubezwłasnowolnionej)

Imię i nazwisko: .....PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Miejscowość:....., Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐.....
(poczta)

Ulica:....., Nr domu: ....., Nr tel: .....

Adres email: …….. /dobrowolnie/

1. Przedstawiciel ustawowy małoletniego Wnioskodawcy, Opiekun prawny

Imię i nazwisko: .....PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Miejscowość:....., Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐.....
(poczta)

Ulica:....., Nr domu: ....., Nr tel: .....

/dobrowolnie/

1. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Nr i data zawarcia umowy	**Kwota przyznana**	**Cel**	**Termin rozliczenia**	**Stan rozliczenia**	**Źródło:** PFRON, WOZiRON
Razem:		**Razem kwota rozliczona:**			_

III. Informacje o przedmiocie wniosku

1. Szczegółowy wykaz sprzętu

Lp.	**Nazwa**	**Ilość sztuk**	**Cena jednostkowa**	**Wartość ogółem**	**Do weryfikacji /wypełnia PFRON/**
			Razem:		

2. Planowany czas realizacji zadania

Czas realizacji proszę określić w miesiącach: .....

3. **Miejsce realizacji zadania (instalacji sprzętu)**

Imię i nazwisko: .....

Miejscowość:....., Kod pocztowy □□ - □□□.....
(poczta)

Ulica:....., Nr domu: ....., Nr tel: .....

/dobrowolnie/

1. **Koszt przedsięwzięcia**

Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia: .....

1. Własne środki przeznaczone na realizację zadania: .....

2. Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje) .....

z tego: a) .....

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu: .....zł.

kwota słownie: .....

2. **Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu:**

.....

.....

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku

1. Kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
2. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających z Wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym
3. **/do wglądu/** Zaświadczenia o dochodach Wnioskodawcy i osób pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym /
4. Oferty, zapytania o cenę.
5. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i potrzebie prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu.

a) Oświadczenie Wnioskodawcy, że nieposiada żadnych wymagalnych zobowiązań wobec PCPR

.....
(pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR, data)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Staszowie informuje, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek zostanie przekazany do archiwum bez rozpatrzenia.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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 oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PFRON, Realizatora programu tj. Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Staszowie przy ul. Szkolnej 4, 28-200 Staszów dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji programów.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

data: .....2020. .....

Podpis Wnioskodawcy lub Przedstawiciela ustawowego

O ś w i a d c z e n i e

osoby niepełnosprawnej o osiąganych dochodach

Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania .....
(miejscowość, ulica, numer domu)

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny /netto/ w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**, wynosi: .....zł.,**

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

Dane dotyczące członków rodziny niepełnosprawnego pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym:

Dane dotyczące	Nazwisko i imię	Rok urodzenia	Osiągany dochód netto	
			rodzaj dochodu	wysokość
Wnioskodawcy				
Małżonka				
Dzieci				

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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 oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PFRON, Realizatora programu tj. Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Staszowie przy ul. Szkolnej 4, 28-200 Staszów dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji programów.

Oświadczam, że zostałem/am

uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zapoznany z treścią art. 233 oraz pouczony o prawie odmowy zeznań i odpowiedzi na pytania.

Kodeks karny: art. 233. § 1.[271)] Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a.[272)] Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Kodeks postępowania administracyjnego: art. 83 § 1. Nikt nie ma prawa odmówić zeznań w charakterze świadka, z wyjątkiem małżonka strony, wstępnych, zstępnych i rodzeństwa strony oraz jej powinowatych pierwszego stopnia, jak również osób pozostających ze stroną w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli. Prawo odmowy zeznań trwa także po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.
§ 2. Świadek może odmówić odpowiedzi na pytania, gdy odpowiedź mogłaby narazić jego lub jego bliskich wymienionych w § 1 na odpowiedzialność karną, hańbę lub bezpośrednią szkodę majątkową albo spowodować naruszenie obowiązku zachowania prawnie chronionej tajemnicy zawodowej.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

……..... ……
Data i czytelny podpis osoby oświadczającej /Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego Pełnomocnika*/* Potwierdzam otrzymanie pouczenia

Własnoręczność podpisu niepełnosprawnego potwierdza się.

Staszów dn. …….2020 .....
(pieczątka i podpis pracownika PCPR)

***)** art.10e ust.1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 roku poz. 1172)

(stempel zakładu opieki zdrowotnej)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny
dla osób niepełnosprawnych
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wydane na potrzeby PCPR)

Imię i nazwisko pacjenta ……

PEESEL …….

Stwierdza się potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego poniżej:

TAK NIE

Rodzaj zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego związanego z indywidualnymi potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności:

……

……

Krótkie uzasadnienie niniejszego zaświadczenia:

……

……

……

…… ……

(data) (pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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 informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Staszowie, ul. Szkolna 4, 28-200 Staszów.
2. Inspektor ochrony danych – kontakt do Inspektora ochrony danych: e-mail: inspektor@cbi24.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2019 roku poz. 1172).
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do ich pozyskania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w kategorii archiwalnej określonej w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
8. Podanie przez Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiązana/ny do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność udzielenia Pani/Pana pomocy.

Tekst europejskiego rozporządzenia o ochronie danych (RODO) dostępny jest na stronie https://www.uodo.gov.pl/pl/131/224

……
/data, podpis/

…….. Staszów, dn. ……..
/imię i nazwisko/

……..
/adres/

Oświadczenie

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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 oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych tj. (dane dobrowolne np. nr rach. bankowego, nr tel., dane rodziny)

…….

……

w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Staszowie przy ul. Szkolnej 4, 28-200 Staszów do celów wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2019 roku poz. 1172).

…….
/czytelny podpis/