

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

## ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

## DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

## ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

## STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

<b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne     wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie osoby niepełnosprawnej obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**

**Wnioskodawcy:.....**

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

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON:**

nie  
 tak

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### Przedmiot

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Miejsce realizacji:	
Uzasadnienie:	

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą

- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dzieci i młodzież do lat 18
- Inne / jakie?

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

**Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający**

**miesiąc złożenia wniosku, wynosił:.....zł.**

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

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - 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 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

#### Załączniki:

1. kserokopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.
2. zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności Wnioskodawcy, wypełnione czytelnie w języku polskim.
3. oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym – obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.
4. Klauzula RODO

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....

2. Opis rodzaju schorzenia .....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące: .....

.....

.....

4. Zachodzi potrzeba rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu **sprzętu**  
**rehabilitacyjnego (należy wymienić zalecany, wnioskowany sprzęt) :**

.....

.....

.....

.....  
**pieczętka i podpis**

**lekarza**

Na podstawie Rozporządzenie 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 Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach informuje, że

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Chojnicach przy ul. Piłsudskiego 30, zwany dalej Administratorem.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym może się Pani/Pan skontaktować telefonicznie – tel.604-080-935 lub poprzez e-mail:[inspektor25052018@gmail.com](mailto:inspektor25052018@gmail.com) we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonywania zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Przetwarzanie Pani/Pana danych jest niezbędne do wypełniania obowiązku prawnego, wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed zawarciem umowy, jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. Podstawą przetwarzania danych osobowych może być również zgoda.
5. Podanie danych jest wymogiem ustawowym, nie podanie danych skutkuje pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia i jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jej zawarcie.
6. Posiada Pani/Pan prawo do:
  - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
  - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
  - przenoszenia danych,
  - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
  - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
7. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt.

### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodnej z RODO

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy z siedzibą w Chojnicach ul. Piłsudskiego 30 w celu przyznania dofinansowania ze środków PFRON do zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....  
**Data i podpis**



## **ZASADY udzielania osobie niepełnosprawnej dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny**

### **Kto może ubiegać się o dofinansowanie.**

1. O dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne (w tym małoletnie), które spełniają łącznie następujące warunki:
  - 1) **posiadają orzeczenie**, o którym mowa w art. 1 pkt. 1-3 lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz.U. 2021 poz. 573).
  - 2) **zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego**, potwierdzone aktualnym zaświadczeniem lekarskim (ważnym 3 miesiące od dnia wystawienia).
  - 3) **nie przekraczają następującego kryterium dochodowego:**
    - a) 50% przeciętnego wynagrodzenia na jednego członka wspólnego gospodarstwa dom.
    - b) 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osób samotnych

### **Zakres dofinansowania**

Dofinansowaniem ze środków Funduszu może być objęty zakup nowego sprzętu rehabilitacyjnego, zawartego w katalogu, który obejmuje:

- piłki rehabilitacyjne,
- piłki do masażu,
- wałki rehabilitacyjne,
- rotory do ćwiczeń,
- rowery rehabilitacyjne stacjonarne – maksymalne dofinansowanie do 1000 zł,
- orbitreki – maksymalne dofinansowanie do 1200 zł,
- steppery,
- bieżnie – maksymalne dofinansowanie do 1200 zł,
- drabinki gimnastyczne – maksymalne dofinansowanie do 800 zł,
- materace gimnastyczne – maksymalne dofinansowanie do 400 zł.
- 

W szczególnych i uzasadnionych przypadkach, dofinansowaniem ze środków Funduszu mogą być objęte zakupy sprzętu rehabilitacyjnego, niewymienione w katalogu.

### **Wysokość dofinansowania**

1. Wysokość dofinansowania ze środków PFRON wynosi do 80% wartości realizowanego zadania, jednak nie więcej niż 8000 zł.
2. Wnioskodawca zobowiązany jest do zadeklarowania, poprzez złożenie oświadczenia, udziału środków własnych w wysokości stanowiącej minimum 20% wartości realizowanego zadania.

### **Tryb postępowania**

1. Wnioski o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny składa się odpowiednio w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie właściwym terytorialnie dla miejsca zamieszkania Wnioskodawcy lub elektronicznie za pomocą systemu SOW (System Obsługi Wsparcia).
2. Wniosek w imieniu osoby niepełnoletniej może złożyć przedstawiciel ustawowy, prawny opiekun ustanowiony postanowieniem Sądu lub pełnomocnik ustanowiony notarialnie.

3. Wnioski przyjmowane są w 2024 r. w ciągu całego roku kalendarzowego, a decyzje o przyznaniu lub odmowie przyznania dofinansowania podejmowane są w kolejności napływania kompletnych wniosków, aż do momentu wyczerpania środków finansowych Funduszu na dany rok kalendarzowy.
4. Przy rozpatrywaniu wniosku bierze się pod uwagę:
  - 1) wysokość środków PFRON przeznaczonych na realizację zadania w bieżącym roku
  - 2) całkowity koszt zakupu urządzenia,
  - 3) stopień i rodzaj niepełnosprawności,
  - 4) sytuację zawodową,
  - 5) prowadzenie gospodarstwa domowego samotnie lub z rodziną
  - 6) średni dochód na członka rodziny,
  - 7) pobieranie nauki w szkolnictwie publicznym, specjalnym lub nauczanie indywidualne (dotyczy wniosków składanych na dzieci)
  - 8) wcześniejsze korzystanie przez Wnioskodawcę ze środków Funduszu na dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego lub inne cele ustawowe.
5. Wnioskodawca, któremu nie zostało przyznane dofinansowanie, z powodu niewystarczającej wysokości środków finansowych Funduszu przeznaczonych na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny w roku rozpatrywania wniosku, może ponownie wystąpić o dofinansowanie w roku następnym.

### **Realizacja umowy**

1. Po przyznaniu środków na dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, zawarta zostaje umowa, określająca w szczególności:
  - 1) kwotę dofinansowania i jej przeznaczenie,
  - 2) sposób przekazania dofinansowania,
  - 3) termin i sposób rozliczenia dofinansowania.
2. Środki finansowe, o których mowa w ust. 1 są przekazywane przelewem na wskazany rachunek bankowy dostawcy (sprzedawcy) urządzeń lub rachunek osobisty Wnioskodawcy, po przedłożeniu przez Wnioskodawcę następujących dokumentów:
  - 1) oryginału faktury VAT wystawionej zgodnie na wnioskodawcę o terminie płatności nie krótszym niż 30 dni od daty wystawienia lub zapłaconej gotówką
  - 2) dowodu uiszczenia udziału własnego wnioskodawcy.
3. **Ze środków Funduszu nie mogą być pokrywane koszty poniesione przez Wnioskodawców przed podpisaniem umowy,**
4. Dofinansowanie ze środków Funduszu **nie przysługuje** jeżeli osoba niepełnosprawna ubiegająca się o dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ma zaległości wobec Funduszu lub była w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby.
5. Przekazanie środków finansowych, nastąpi w terminie 14 dni od dnia złożenia kompletu dokumentów.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższymi zasadami .....

**(podpis)**