

data wpływu wniosku

Nr sprawy

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KUTNIE UL. KRZYWOUSTEGO 11

tel: (24)361-68-15 (24) 361-68-14 e-mail: rehabilitacja@pcprkutno.pl

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY DLA OSÓB
INDYWIDUALNYCH

1. Informacje o Wnioskodawcy/ dziecku/podopiecznym będącym osobą niepełnosprawną -
 należy wypełnić wszystkie pola we wniosku oraz właściwie zaznaczyć

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r. przez.....

PESEL NIP

Wnioskodawca osobiście rodzic dziecka opiekun prawny dziecka opiekun prawny podopiecznego

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
 (poczta)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr m. Powiat

Województwo

miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
 (poczta)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr m.

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....

e-mail (o ile dotyczy):

Nazwa banku i nr rachunku bankowego

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

NARZĄD RUCHU, w zakresie:

obu kończyn dolnych

jednej kończyny dolnej

z koniecznością porusza się przy pomocy

wózka inwalidzkiego

kul

INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU

NARZĄD WZROKU, w zakresie:

osoba niewidoma

osoba niedowidząca

NARZĄD SŁUCHU, w zakresie:

osoba niesłysząca

osoba niedosłysząca

INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU I MOWY.....

DEFICYT ROZWOJOWY (jaki?).....

CHOROBA PSYCHICZNA (jaka?).....

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności

4. ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO		
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	

5. DODATKOWE KWALIFIKACJE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO	
<input type="checkbox"/> prawo jazdy	<input type="checkbox"/> obsługa urządzeń biurowych
<input type="checkbox"/> znajomość języków obcych	<input type="checkbox"/> inne, jakie:.....
<input type="checkbox"/> obsługa komputera	
wykonywane zawody	

6. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO		
<input type="checkbox"/> zatrudniony	<input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy	<input type="checkbox"/> osoba powyżej 18 lat ucząca się
<input type="checkbox"/> prowadzący działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> rencista	<input type="checkbox"/> dzieci i młodzież do lat 18
<input type="checkbox"/> bezrobotny	<input type="checkbox"/> emeryt	<input type="checkbox"/> inne, jakie:

7. WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY zamieszkuje		
<input type="checkbox"/> samotnie	<input type="checkbox"/> z rodziną	<input type="checkbox"/> z osobami niespokrewnionymi
czy wspólnie z wnioskodawcą /dzieckiem /podopiecznym zamieszkują inne osoby niepełnosprawne :		
<input type="checkbox"/> tak, proszę podać ilość osób i stopień niepełnosprawności		
<input type="checkbox"/> nie		

8 . CEL DOFINANSOWANIA
.....
.....

9 . PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA
.....
.....

10. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA (proszę wpisać adres sklepu)
.....

11. TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA
.....

12. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIAw zł. (nie więcej niż 80% kosztów zadania) słownie :
 DEKLAROWANA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ KWOTA POKRYCIA UDZIAŁU WŁASNEGO

13. 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 <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
<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>	
Razem uzyskane dofinansowanie:					

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

tak, podać datę nie

15. 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

16. CZY PLANOWANE DO REALIZACJI ZADANIE BĘDZIE FINANSOWANE Z INNYCH ŹRÓDEŁ NIŻ PFRON (np. sponsor, GOPS, MOPS)

tak, podać wysokość dofinansowania..... nie

18. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

		Średni miesięczny dochód
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:		X
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		

Oświadczam, że średni miesięczny dochód* przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł zł gr.

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Zgodnie z art.75 KPA, uprzedzony/ a o odpowiedzialności karnej z art.233 KK za fałszywe zeznanie, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Dochód* – oznacza przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Do dochodu **wlicza się**, m.in. przychody podlegające opodatkowaniu, dochód z działalności gospodarczej / rolniczej, renty, emerytury, zasiłki chorobowe, alimenty na rzecz dzieci, stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego, świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora, zaliczkę alimentacyjną

Do dochodu **nie wlicza się** zasiłków z pomocy społecznej, takich jak zasiłek rodzinny, zasiłek pielęgnacyjny, zasiłek okresowy, zasiłek stały.

19. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

L.p.	Nazwa załącznika	załączono	uzupełniono
1.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu)		
2.	Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wraz z Wnioskodawcą w przypadku takich osób (oryginał do wglądu)		
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie wypełnione przez lekarza specjalistę (<u>wypisane czytelnie i w języku polskim</u>) informujące o rodzaju niepełnosprawności, stanie zdrowia wraz z informacją o występujących trudnościach poruszaniu się, – nie starsze niż 3 miesiące – sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik do wniosku.		
4.	Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy		
5.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się		
6.	Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego bądź dodatku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania (oryginał do wglądu)		
7.	Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeżeli taki występują (oryginał do wglądu)		
8.	Oferta cenowa		

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 80%, może zostać obniżony.

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.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU - WYPEŁNIA PCPR

Wniosek złożono w dniu.....

Brakujące dokumenty : nr.....

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

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

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca/ dziecko/ podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z katalogiem	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Wysokość wnioskowanej kwoty dofinansowania jest zgodna z przepisami	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Deklarowany przez Wnioskodawcę udział własny spełnia warunki określone w przepisach	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
8	Wniosek jednorazowo uzupełniony we wskazanym terminie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
9	Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:

.....// .202.....r.

Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna

negatywna

*pieczętka imienna pracownika PCPR
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KOMISJI DO SPRAW ROZPATRYWANIA WNIOSKÓW

pozytywna:

negatywna:

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI zł,%

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

Podpisy członków Komisji:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

.....

(protokół sporządził podpis)

Klauzula informacyjna dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kutnie dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 **RODO*** informuję:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kutnie, reprezentowane przez Dyrektora

Siedziba: 99-300 Kutno, ul. Krzywoustego 11, Regon: 472200940

Kontakt: tel: **24/ 355-47-50**, e-mail: sekretariat@pcprkutno.pl

2. Z Inspektorem ochrony danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kutnie można skontaktować się za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: ido@pcprkutno.pl , lub listownie na powyżej wskazany adres z dopiskiem „Inspektor ochrony danych”.
3. Zbierane dane osobowe są przetwarzane zgodnie z RODO - w celu realizacji zadań określonych przepisami prawa i nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa.
4. Podstawą prawną przetwarzania Pana/ Pani danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO – wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.
5. **Celem przetwarzania Pana/Pani danych osobowych jest dofinansowanie zadań z zakresu rehabilitacji społecznej**, tj. realizacja zadań wynikających z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
6. Obowiązujące przepisy prawa wskazują w jakich przypadkach konieczne jest podawanie danych osobowych. W pozostałych przypadkach podawanie danych osobowych ma charakter dobrowolny.
7. Dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie przez okres niezbędny do zrealizowania zadania/ uprawnienia wynikającego z ustawy wskazanej w pkt. 5 oraz przez okres wskazany w przepisach o archiwizowaniu danych; po tym okresie dane osobowe mogą być usuwane – na podstawie przepisów prawa.

W przypadku w/w dokumentacji kat. archiwalna B10.

8. Przewidywani odbiorcy danych:
 - a) upoważnieni pracownicy Administratora,
 - b) podmioty przetwarzające, które świadczą usługi na rzecz Administratora np. w zakresie obsługi informatycznej lub obsługi prawnej,
 - c) apteki,
 - d) sklepy medyczne,
 - e) szkoły
 - f) ośrodki realizujące usługi w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych,
 - g) ZUS,
 - h) Urząd skarbowy,
 - i) instytucje nadzorujące,
 - j) ośrodki pomocy społecznej,
 - k) PCPR.
9. Każda osoba, ma prawo do:
 - a) żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania,
 - b) otrzymania kopii na zasadach wskazanych w art. 15 ust 3 i 4 RODO,
 - c) prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa,
 - d) ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych - chyba że przepisy prawa sprzeciwiają się temu,

- e) wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli stwierdzi, że przetwarzanie w naszym urzędzie narusza przepisy prawa.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania.
 11. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
 12. Pana/Pani dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Zapoznałem/am się z powyższą klauzulą

(data, podpis)

****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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)***