

Data wpływu:	
Nr sprawy:	DR-KK-4321-...../21

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię:		
Drugie imię:		
Nazwisko:		
Imię ojca:		
PESEL:		
Data urodzenia:		
Płeć:		<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
Dowód osobisty (o ile dotyczy)	Seria dowodu:	
	Numer dowodu:	
	Wydany przez:	
	Data wydania / data ważności:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA PRAWNEGO / PEŁNOMOCNIK Nie dotyczy

Imię:		
Drugie imię:		
Nazwisko:		
Imię ojca:		
PESEL:		
Data urodzenia:		
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta	
Dowód osobisty	Seria dowodu:	
	Numer dowodu:	
	Wydany przez:	
	Data wydania / data ważności:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

OPIEKUN USTANOWIONA/Y Przedstawicielem ustawowym Opiekunem prawnym:

	Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
	Z dnia:	
	Sygnatura akt:	

 Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

	Imię i nazwisko:	
	Z dnia:	
	Repetitorium nr:	

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

Niezdolność:

- Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji
- Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
- Osoby całkowicie niezdolne do pracy
- Osoby częściowo niezdolne do pracy
- Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym
- Nie dotyczy

Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:

- Tak
- Nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- Inna dysfunkcja narządu ruchu
- Dysfunkcja narządu wzroku
- Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- Inny / jaki?

IV. 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?

V. SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE

- samotnie
- z rodziną
- z osobami niespokrewnionymi

VI. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ ORAZ OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI ICH DOCHODÓW NETTO

Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (trzy miesiące) poprzedzające miesiąc, w którym składany jest wniosek (netto).

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Dochód miesięczny netto

VII. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków finansowych PFRON:

nie korzystałem
 korzystałem

VIII. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:

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

Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):

Słownie:

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

Słownie:

co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:

Deklarowane środki własne:

Miejsce realizacji:

II. UZASADNIENIE

Uzasadnienie:

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

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

DANE RACHUNKU BANKOWEGO

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

Numer rachunku bankowego:

Nazwa banku:

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.
słownie
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.

Oświadczam, że posiadam / nie posiadam* sprzęt/u tj.
który jest przedmiotem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Jednocześnie zobowiązuję się do umożliwienia przedstawicielowi Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jeleniej Górze przeprowadzenia w każdym czasie kontroli w zakresie przedmiotu wniosku.

Oświadczam, że od orzeczenia z dnia Powiatowego / Wojewódzkiego* Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności / Lekarza Orzecznika ZUS* nie składałam/em i nie będę składać odwołań. Oświadczam, że nie składałam/em i nie będę składać odwołań od ww. orzeczenia.

Oświadczam, że stale zamieszkuję w Jeleniej Górze przy ul.

Oświadczam, że pozostaję / nie pozostaję* w zatrudnieniu na umowę o pracę, umowę cywilnoprawną oraz nie prowadzę działalności gospodarczej;

Oświadczam, że o wnioskowane dofinansowanie nie staram się w innym powiecie.

Uprowadzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr z 2019, poz. 1950, z późn. zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że o każdej zmianie danych zawartych we wniosku powiadomię w terminie 14 dni od zajścia zmian.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych MOPS dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r, poz. 1781 z późn. zm.).

* Niepotrzebne skreślić

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis Wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych, zgodnie z Rozporządzeniem 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), w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jeleniej Górze, al. Jana Pawła II 7, dla celów związanych z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w oparciu o zapisy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania – t.j. uprawnienia wynikające z art. 24 ust. 1 oraz art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych.

.....
data i podpis składającego oświadczenie

Obowiązek Informacyjny

na podstawie art.13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia o ochronie danych osobowych (UE) 2016/679

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Jeleniej Górze al. Jana Pawła II nr 7.**
2. W sprawach związanych z Pana/i danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail iod@mops.jelenia-gora.pl.
3. Państwa dane będą przetwarzane do celów związanych z **ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w oparciu o zapisy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.**
4. *Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu rozpatrzenia wniosku, udzielenia środków na podstawie umowy, wypłacenia środków, ich rozliczenia, kontrolowania prawidłowości realizacji umowy oraz zabezpieczenia zwrotu środków, a także kontroli zgodności tych czynności z przepisami prawa*
5. Dane mogą być udostępniane przez Adresata:
 - a) Pełnomocnikowi Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych lub Prezesowi Zarządu PFRON w celu przeprowadzenia kontroli prawidłowości realizacji zadania udzielania środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej lub działalności w formie spółdzielni socjalnej na podstawie ustawy,
 - b) Komisji Europejskiej w celu przeprowadzenia kontroli na podstawie rozporządzenia Rady (UE) 2015/1589 z dnia 13 lipca 2015 r. ustanawiającego szczegółowe zasady stosowania art. 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE L 248 z 29.09.2015, str. 9) oraz oceny zgodności udzielenia pomocy z warunkami udzielania pomocy de minimis określonymi w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1), pomocy de minimis w sektorze rolnym określonymi w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9) lub pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury określonymi w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str. 45)
6. *Dane osobowe będą przechowywane przez okres dziesięcioletni niezbędny do udzielenia pomocy oraz jej kontroli przez Komisję Europejską*
7. Przysługuje Panu/i prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (UODO) gdy uzna Pan/i, że przetwarzanie danych w procesie rekrutacji odbywa się w sposób naruszający przepisy RODO.

Podanie przez Panią/Pana danych wynika z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

ZAŁĄCZNIKI

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie wydane przez specjalistę stwierdzające konieczność stałego zaopatrzenia w dany rodzaj sprzętu do rehabilitacji w warunkach domowych (ważne 3 miesiące).
4. Kopia decyzji o przyznanych świadczeniach pomocy społecznej, jeśli takie występują.
5. Dwie oferty cenowe lub faktury pro forma dotycząca wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego (ten sam model/ lub te same parametry techniczne).
6. Zaświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą.
7. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania (jeśli takie występują),
8. Dowód osobisty do wglądu,
9. W przypadku ustanowienia opiekuna prawnego lub pełnomocnika należy załączyć kserokopie dokumentów potwierdzających ten fakt

INFORMACJA

Sprzęt rehabilitacyjny, zgodnie z definicją słownikową, to **sprzęt** niezbędny do prowadzenia zajęć **rehabilitacyjnych** mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 926), ze środków Funduszu o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny mogą ubiegać się:

- 1) osoby niepełnosprawne stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, jeżeli:
 - a) przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:
 - 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej,
 - b) zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu;

Jest to sprzęt zalecony przez lekarza niezbędny do rehabilitacji w warunkach domowych, który nie jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym.

Sprzęt rehabilitacyjny traktowany jest w przepisach odmiennie niż wyroby medyczne. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie może udzielić dofinansowania na sprzęt na wniosek osoby niepełnosprawnej poparty zaleceniami lekarza prowadzącego.

Dofinansowanie nie przysługuje, jeżeli osoba niepełnosprawna ma zaległości wobec Funduszu lub jeżeli osoba ta w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku była stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po jej stronie.

Ponadto dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.

Wysokość dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny wynosi do 80% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.