………..………………………………

*data wpływu wniosku do PCPR*

*( wypełnia PCPR)*

*...............................................*

*Nr wniosku ( wypełnia PCPR)*

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żaganiu**

**ul. Śląska 1, tel.: 068-477-77-76**

**WNIOSEK**

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

**DANE WNIOSKODAWCY**

(*wypełnić drukowanymi literami*)

1. **DANE WNIOSKODAWCY** (*wypełnić drukowanymi literami*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię, drugie imię:** | **Nazwisko:** |
| **PESEL:** | **Data urodzenia:** |
| **Płeć :** ⬜ Kobieta ⬜mężczyzna |  |
| **Adres Zamieszkania ( ulica, nr domu, lokalu, miejscowość, kod pocztowy, gmina) :**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………….**  ⬜ miasto ⬜ wieś | |
| **Adres Korespondencyjny****:**  ⬜ Taki sam jak adres zamieszkania,  ⬜ Nie **( ulica, nr domu, lokalu, miejscowość, kod pocztowy, gmina) :**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..** | |
| **Nr telefonu:** | |
| **Adres e-mail:** | |

**DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK W IMIENIU OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię, drugie imię:** | **Nazwisko:** |
| **PESEL:** | **Data urodzenia:** |
| **Płeć :** ⬜ Kobieta ⬜Mężczyzna |  |
| **Adres Zamieszkania ( ulica, nr domu, lokalu, miejscowość, kod pocztowy) :**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………….**  ⬜ miasto ⬜ wieś | |
| **Adres Korespondencyjny:**  ⬜ Taki sam jak adres zamieszkania,  ⬜ Nie **( ulica, nr domu, lokalu, miejscowość, kod pocztowy, gmina) :**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** | |
| **Nr telefonu:** | |
| **Adres e-mail:** | |
| **Postanowienie sądu:** | |
| **Z dnia:** | |
| **Sygnatura akt:** | |
| **Imię i nazwisko notariusza:** | |
| **Repertorium nr:** | |
| **Zakres pełnomocnictwa:**  ⬜ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie,  ⬜ do rozliczenia dofinansowania , ⬜ do zawarcia umowy,  ⬜ do złożenia wniosku , ⬜ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku,  ⬜ inne, | |

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI \***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numer orzeczenia:** |  | | |
| Orzeczenie wydane przez **PZON** | Orzeczenie wydane przez **ZUS** | | |
| znaczny ⬜ | III grupa ⬜ | | całkowita niezd. do pracy /sam. egz. ⬜ |
| umiarkowany ⬜ | III grupa ⬜ | | całkowita niezdolność do pracy ⬜ |
| lekki ⬜ | III grupa ⬜ | | częściowa niezdolność do pracy ⬜ |
| orzeczenie o niepełnosprawności (do 16. roku życia ) ⬜ | | | |
| termin ważności orzeczenia: | | ⬜ na stałe | ⬜ czasowe do ..................................... |

**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**

⬜ tak

⬜ nie

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI \***

01-U – upośledzenie umysłowe

02- P choroby psychiczne

03-L- Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

osoba głucha

osoba głuchoniema

04- O- narząd wzroku

osoba niewidoma

osoba głuchoniewidoma

05-R- narząd ruchu

wnioskodawca lub dziecko/ podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego

dysfunkcja obu kończyn górnych

06-E- epilepsja

07-S- choroby układu oddechowego i krążenia

08- T- choroby układu pokarmowego

09-M- choroby układu moczowo- płciowego

10-N- choroby neurologiczne

11-I- inne

12-C- całościowe zaburzenie rozwojowe

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I OSOBACH POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe :**

indywidualnie wspólnie

**Liczba** osób we wspólnym gospodarstwie domowym……………….

W tym liczba osób niepełnosprawnych **………………….**

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

**wynosił**: .......................................zł.

Słownie..............................................................................................................................................................................................................................................................................................

**PROSZĘ PODAĆ KONTO OSOBISTE:**

Imię i nazwisko właściciela konta: ...............................................................................................................................................

Nazwę banku:

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

Nr rachunku bankowego:

\_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

**KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWANYCH Z PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca w **okresie jednego roku** przed złożeniem wniosku korzystał ze środków PFRON na dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny?\* | | | | ⬜ Tak | |
| ⬜ Nie | |
| Nr i data zawarcia umowy | Cel dofinansowania | Data przyznania dofinansowania | Kwota dofinansowania | | Stan rozliczenia | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |

Wnioskodawca posiada / nie posiada\* wymagalne zobowiązania wobec PFRON.

Jeśli tak, podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania: ………...........……………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wnioskodawca był/ nie był\* stroną umowy zawartej z PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.

Jeśli tak, podać nr i datę rozwiązanej umowy, przedmiot umowy i przyczynę jej rozwiązania …………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA** *( nazwa urządzenia)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**CEL ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO – KRÓTKIE UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU (***W uzasadnieniu należy opisać niepełnosprawność wnioskodawcy i ograniczenia wynikające z niepełnosprawności oraz uzasadnić, w jaki sposób prowadzenie zajęć rehabilitacyjnych przy pomocy wnioskowanego sprzętu w warunkach domowych przyczyni się do osiągnięcia przez osobę niepełnosprawną możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**INFORMACJE O OGÓLNEJ WARTOŚCI NAKŁADÓW DOTYCHCZAS PONIESIONYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ NA REALIZACJĘ ZADANIA DO KOŃCA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO MIESIĄC, W KTÓRYM SKŁADANY JEST WNIOSEK** (wraz z podaniem oraz udokumentowaniem dotychczasowych źródeł finansowania):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | Źródła finansowania | Poniesione koszty |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
|  | **RAZEM** |  |

**KOSZT ZADANIA I WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania *(zgodny z fakturą pro forma, kosztorysem)* | **……………………zł** |
| Deklarowane przez wnioskodawcę środki własne*( co najmniej 20% całkowitego kosztu)* | **……………………zł** |
| Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON co stanowi do 80% całkowitego kosztu realizacji zadania | **……………………zł** |
| **Inne źródła finansowania zadania** (udokumentować) | **…………………. zł** |

**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?..................................................................................................................

\* WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ

**PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE:**

1. Wnioski będą rozpatrywane od momentu zatwierdzenia środków finansowych przez Radę Powiatu Żagańskiego, otrzymanych wg algorytmu z PFRON.
2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych dla Powiatu Żagańskiego na dany rok kalendarzowy.
3. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy ze Starostą Żagańskim.
4. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do tut. PCPR w formie pisemnej.
5. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że posiadam co najmniej 20 % wkładu własnego

2. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § Kodeksu karnego, oraz art. 75 § 2 KPA oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

3.Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

4.Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am.) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie

|  |  |
| --- | --- |
| ............................................  (data) | ............................................................  (czytelny podpis Wnioskodawcy/  przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika) |

**Załączniki do wniosku:**

* Kopia orzeczenia o niepełnosprawności /stopniu niepełnosprawności/, zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich.
* Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawca, w przypadku takich osób.
* **( Załącznik nr 1)** Aktualne zaświadczenie **lekarskie (specjalisty)**, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności oraz zalecenie do stosowania wskazanego przez lekarza **przedmiotu/sprzętu ,**uzasadniając prowadzenie rehabilitacji w warunkach domowych.
* Faktura proforma dotycząca zakupu wnioskowanego urządzenia i kosztorys wstępny w przypadku usługi montażu.
* W przypadku osób niezdolnych do złożenia podpisu na wniosku, dodatkowo. pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

|  |
| --- |
| **KLAUZULA INFORMACYJNA**  Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia 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) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż: |
| *Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żaganiu z siedzibą przy ulicy Śląskiej 1 w Żaganiu (68-100). Z administratorem można skontaktować się mailowo: sekretariat@pcpr.zagan.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail:* [*iod@powiatzaganski.pl*](mailto:iod@powiatzaganski.pl) *.*  *Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.*  *Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszonej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej:* [*https://bip.wrota.lubuskie.pl/pcprzagan/*](https://bip.wrota.lubuskie.pl/pcprzagan/) *w zakładce „Ochrona danych osobowych”.* |

**Załącznik nr 1**

**…………………………………………** Dnia**……………………………**

*(Stempel zakładu opieki zdrowotnej*

*lub praktyki lekarskiej)*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

1. Imię i nazwisko pacjenta………………………………………………………
2. PESEL…………………………………………………………………………
3. Rodzaj niepełnosprawności(schorzenia): …………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………

1. Wymienić rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego, którego stosowanie jest uzasadnione potrzebami wynikającymi z rodzaju niepełnosprawności pacjenta:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Uzasadnij potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu ww. sprzętu:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

**………………………………………………**

(pieczątka i podpis lekarza specjalisty

- wypełnia PCPR -

Adnotacje przyjmującego wniosek:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

I. Ocena zasadności wniosku:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

(data i podpis)

II. Opinia Komisji ds. Opiniowania wniosków o dofinansowaniu sprzętu rehabilitacyjnego :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

(data i podpisy Komisji)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

(data i podpis Dyrektora PCPR w Żaganiu)