

Data wpływu:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Miejski Ośrodek Pomocy  
Społecznej w Zielonej Górze  
Dział Rehabilitacji Zawodowej  
i Społecznej  
ul. Długa 13, tel. (68) 411-51-75  
tel. (68) 411-51-16

## WNIOSEK

### O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

CZĘŚĆ A – DANE WNIOSKODAWCY	
ROLA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek na mocy:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa
Postanowienia Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego/ niepoświadczonego notarialnie z dnia:	
Do wniosku należy dołączyć skan pełnomocnictwa lub zaświadczenia o ustanowieniu opiekuna prawnego	
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat/Gmina:	
Kod pocztowy i miejscowość:	
Ulica, nr domu/ nr lokalu:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres e-mail:	

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat/Gmina:	
Kod pocztowy i miejscowość:	
Ulica, nr domu/nr lokalu:	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY (o ile dotyczy)**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat/Gmina:	
Kod pocztowy i miejscowość:	
Ulica, nr domu/ nr lokalu:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres e-mail:	

**NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Ważność orzeczenia:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do .....
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<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 – dysfunkcja narządu wzroku <input type="checkbox"/> 05-R – dysfunkcja narządu ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca/podopieczny porusza się na wózku inwalidzkim <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 (jeżeli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz turnusy rehabilitacyjne:

nie korzystałem/-am       korzystałem/-am

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Numer umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

## OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania.

Czy Wnioskodawca poniósł dotychczas nakłady finansowane na realizację wnioskowanego zadania?

TAK, w kwocie .....zł       NIE

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
Słownie:	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (max. 80%):</b>	
Słownie:	
<b>Co stanowi % kwoty brutto przewidzianych kosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Deklarowane środki własne:</b>	
<b>Miejsce realizacji:</b>	
<b>Cel dofinansowania i uzasadnienie:</b>	



### Tożsamość administratora

Administratorem państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

### Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

### Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

### Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

### Podstawa prawna przetwarzania

RODO – 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

### Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

### Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

### Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) na podstawie art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora

### Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

### Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

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

## **UWAGA**

### **W ramach zadania nie ma możliwości uzyskania refundacji!**

Oznacza to, że nie można najpierw zakupić sprzętu rehabilitacyjnego, a potem ubiegać się o zwrot poniesionych kosztów.

Wszelkie wydatki związane z zakupem sprzętu można ponieść dopiero po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON i po zawarciu umowy z MOPS.

### Co należy dołączyć do wniosku?

1. **kopię orzeczenia** o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego
2. **aktualne zaświadczenie lekarskie**, wystawione przez lekarza specjalistę właściwego ze względu na rodzaj dysfunkcji Wnioskodawcy, potwierdzające konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego do dofinansowania sprzętu, wypełnione czytelnie w języku polskim
3. **ofertę cenową** lub fakturę pro forma na wnioskowany do dofinansowania sprzęt
4. w przypadku, gdy w imieniu osoby niepełnosprawnej występuje inna osoba - **kserokopię postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kserokopię pełnomocnictwa notarialnego**,
5. w przypadku, gdy wniosek dotyczy dziecka – **kserokopię aktu urodzenia dziecka/odpisu skróconego aktu urodzenia**,
6. udokumentowaną informację o innych źródłach finansowania zadania (np. z fundacji) – o ile dotyczy

.....  
pieczęć podmiotu leczniczego

.....  
data

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zielonej Górze  
(prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim)

- 1) Imię i nazwisko pacjenta .....
- 2) Adres zamieszkania .....
- 3) PESEL .....
- 4) Zachodzi potrzeba **prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych** przy użyciu wnioskowanego do dofinansowania sprzętu:  
 TAK                       NIE
- 5) Potrzeba prowadzenia przez pacjenta rehabilitacji w warunkach domowych wynika z/związana jest z:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
- 6) Czy przy rodzaju dysfunkcji pacjenta zakup wnioskowanego do dofinansowania sprzętu można uznać za zasadny (czy urządzenie umożliwi/ułatwi pacjentowi wykonywanie koniecznych zabiegów usprawniających) – prosimy uzasadnić.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie