**RS-6110- /**……….

# WNIOSEK

**o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków**

**Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UWAGA!!!**

**ZAKUPU SPRZĘTU DOKONUJE SIĘ PO PODPISANIU UMOWY NA WNIOSKOWANY SPRZĘT**

................................................................................... zam. ................................................................................

*(imię i nazwisko, w przypadku osoby, która nie ukończyła 18 roku życia należy podać jej dane)*

ul. .......................................................... nr ........... kod ................. poczta .......................................................... gmina .................................................... PESEL ................................................

Proszę o dofinansowanie ..............................................................................................................................

*(podać nazwę sprzętu rehabilitacyjnego)*

**Dane kontaktowe:** telefon .................................................. e-mail:…………………………………..

***POUCZENIE:*** *podanie niniejszych danych ( telefon i adres e-mail) jest dobrowolne i stanowi wyraźne działanie wnioskodawcy potwierdzające i przyzwalające na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych*

* Uzasadnienie składanego wniosku ...............................................................................................................

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

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

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

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

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

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

Miejsce realizacji zadania ...................................................................................................................................

# *(adres, gdzie będzie używany sprzęt rehabilitacyjny)*

* Całkowity koszt przedmiotu: .................................................................................................................... zł
* Kwota wnioskowanego dofinansowania: ................................................................................................. zł

**co stanowi do 80% wartości wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.**

* Posiadane orzeczenie\*:

1) o stopniu niepełnosprawności **znacznym umiarkowanym lekkim**

2) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów **I II III**

3) o całkowitej/ częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym/   
i niezdolności do samodzielnej egzystencji

4) o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych przed ukończeniem 16 roku życia

* **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych**1**, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ……………............... złotych.

* Liczba osób w wspólnym gospodarstwie domowym ..............................................
* Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. nie korzystałem (łam) \*
2. tak korzystałem (łam) \*:

* cel dofinansowania: ....................................................................................................................................
* data przyznania dofinansowania: ...............................................................................................................
* kwota przyznanego dofinansowania: ..................................................................................................... zł
* numer zawartej umowy: .............................................................................................................................
* stan rozliczenia: rozliczyłem(łam) się\*/ jestem w trakcie rozliczania\*/ nie rozliczyłem(łam) się\*

## Dofinansowanie proszę przesłać na rachunek bankowy:

Nazwa banku: .............................................................................

Numer rachunku bankowego: ..............................................................................................................................................................

**Ja niżej podpisany/a pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art.233 par.1 kodeksu karnego\* za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 par. 2 kpa oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.**

**\*Art.233 par.1 kk – Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.**

***W przypadku złożenia fałszywych zeznań kwota dofinansowania ze środków PFRON ww. zadania podlega zwrotowi.***

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am\* stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że o dofinansowanie ze środków PFRON ubiegam się tylko w Powiecie Krakowskim.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z procedurą dofinansowania zamieszczoną na stronie internetowej: www.pcpr.powiat.krakow.pl

***Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR   
 w Krakowie w ciągu 14 dni.***

\*właściwą odpowiedź zaznaczyć

**1**Ustawa z dnia 28.11.2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz.U.2020.111 t. j.)

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETAWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KRAKOWIE**

1. Administratorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie, z siedzibą w Krakowie,   
al. Słowackiego 20, 30-037 Kraków, tel: 12 39-79-564, adres e-mail: pcpr@powiat.krakow.pl.

2. Administrator powołał Inspektora ochrony danych w osobie Pani Anny Proczek, której dane kontaktowe to:  
- numer telefonu: 12-39-79-564  
- adres e-mail: ap-pcpr@powiat.krakow.pl

3. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się w celu przyznania Wnioskodawcy dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

4. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody na przetwarzanie danych osobowych osoby, której dane dotyczą (art. 6 ust. 1. lit. a RODO) oraz jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1. lit. c RODO) na podstawie §11 ust.1 Rozporządzenia 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 (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 926 z późn. zm.).

5. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody jest możliwe poprzez złożenie do siedziby Administratora pisemnego wniosku o wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych.

6. Dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Odbiorcami danych są podmioty świadczące asystę techniczną oprogramowania służącego do obsługi zadań PFRON oraz podmioty świadczące usługi archiwizacji akt oraz niszczenia dokumentacji archiwalnej.

7. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do przyznania i rozliczenia dofinansowania oraz przez okres niezbędny do przestrzegania obowiązujących przepisów prawa i regulacji. Kryterium ustalenia tego okresu jest konieczność przechowywania dokumentów zgodnie kategorią archiwalną (B10) oraz wymogi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

8. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

9. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych, a także prawo do przenoszenia swoich danych osobowych.

10. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego: Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

11. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

12. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Konsekwencją niepodania danych osobowych lub wycofania zgody na ich przetwarzanie jest uniemożliwienie przyznania dofinansowania.

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

**data (czytelny podpis Wnioskodawcy  
 lub przedstawiciela ustawowego Wnioskodawcy)**

#### **Załączniki do wniosku:**

**1**.Kopię posiadanego orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia:

stopniu niepełnosprawności lub o zaliczeniu do jednej z trzech grup inwalidów lub o całkowitej/ częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie *rolnym* ***(wydane przed dniem 1 stycznia 1998r.)***/ i niezdolności do samodzielnej egzystencji, niezdolności do samodzielnej egzystencji lub niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia – **oryginał do wglądu;**

**2**.Zaświadczenie lekarskie mówiące o rodzaju niepełnosprawności ze wskazaniem posiadania wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego wynikającego z niepełnosprawności - Załącznik nr 1 do wniosku;

**3**.Rachunek proforma lub kosztorys lub oferta cenowa na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny;

**4.** Zgoda na przetwarzanie danych osobowych wraz z potwierdzeniem otrzymania informacji o przetwarzaniu danych osobowych – Załącznik nr 2 do wniosku.

**..............................................................................................................................................................................  
Złożono wniosek : kompletny / niekompletny**

Data i podpis pracownika merytorycznego sprawdzającego pod względem formalnym wniosek:………………..............................