

.....  
(pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek)

.....  
data wpływu kompletnego wniosku  
(dzień, miesiąc, rok)

## WNIOSEK

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

#### A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami):

.....  
imię (imiona) i nazwisko  
nr PESEL ..... miejscowość .....  
ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....  
dokładny adres zamieszkania  
nr kodu ..... poczta ..... powiat .....  
województwo ..... nr tel./faksu (z nr kier.)<sup>1</sup> .....

#### B. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun, Kurator lub Pełnomocnik

.....  
imię/imiona i nazwisko  
nr PESEL ..... miejscowość .....  
ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....  
nr kodu ..... poczta ..... powiat .....  
województwo ..... nr tel./fax. (z nr kier.)<sup>2</sup> .....

#### WYPEŁNIA PCPR:

prawdziwość powyższych danych sprawdził(a):.....

<sup>1</sup> Dane nieobowiązkowe.

<sup>2</sup> Dane nieobowiązkowe.

**C. Dane dotyczące przedmiotu dofinansowania**

<b>Przedmiot dofinansowania</b> (należy wskazać nazwę wnioskowanego sprzętu/ urządzenia do rehabilitacji)	..... .....
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania</b>	..... zł
<b>Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON</b>	..... zł <b>słownie:</b> ..... ..... .....
<b>Deklarowany udział własny Wnioskodawcy</b>	..... zł <b>słownie:</b> ..... ..... .....
<b>Miejsce realizacji zadania</b> (należy wskazać miejsce, gdzie będzie użytkowany sprzęt/ urządzenie)	..... ..... .....

**Cel dofinansowania** (należy podać krótkie uzasadnienie składanego wniosku):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## D. Informacje o Wnioskodawcy

### Informacja o posiadanym rachunku bankowym (o ile dotyczy)

Imię i nazwisko właściciela/właścicieli rachunku bankowego .....
Nazwa banku.....
Numer rachunku bankowego □□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□

### Informacja o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

Oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą pozostają następujące osoby:

		Średni miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca: .....	
	Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy (należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą)	x
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
	RAZEM	

Ja,....., niżej podpisana/y, świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 kodeksu karnego<sup>3</sup>, oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód rodziny**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **obliczony za kwartał** poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi: ..... zł, (słownie:.....), co w przeliczeniu na 1 członka rodziny wynosi: ..... zł, (słownie: .....)

Liczba członków rodziny - .....

<sup>3</sup> Art. 233 §1. Kto, składając zeznanie 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.

**Informacja o korzystaniu ze środków finansowych PFRON<sup>4</sup>**

korzystałem/am

nie korzystałem/am

Cel (program lub zadanie, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Data przyznania dofinansowania	Numer i data zawartej umowy	Kwota przyznana	Stan rozliczenia a)rozliczona b)w trakcie rozliczenia c)nierozliczona

**Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1, ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2019 r., poz. 1950 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.**

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.**

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela  
ustawowego/Pełnomocnika)

<sup>4</sup> Wstawić X we właściwym okienku.

**Pouczenie:** Informuję, że ma Pani/Pan prawo w każdym momencie wycofać wyrażoną zgodę bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej wycofaniem. W celu wycofania zgody, proszę skontaktować się z wyznaczonym inspektorem ochrony danych pod adresem: [iod@odosc.pl](mailto:iod@odosc.pl).

### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, ja, niżej podpisana/y....., wyrażam zgodę na przetwarzanie przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Wyszkwowie (07-202)**, przy ul. Świętojańskiej 82A, reprezentowane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wyszkwowie (Administrator Danych Osobowych) **moich nieobowiązkowych danych osobowych** zawartych w niniejszym formularzu w celu: późniejszych kontaktów w przedmiotowej sprawie.

TAK

NIE

Wyszków, dn. .... r.

.....  
Czytelny podpis

*Warstwowa klauzula informacyjna: Na podstawie art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (dalej: „RODO”) informuję, że administratorem Pani/Pana danych osobowych/danych osobowych osoby, dla której występuje Pani/Pan o udzielenie dofinansowania jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wyszkwowie (ul. Świętojańska 82A, 07-202 Wyszków), reprezentowane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wyszkwowie. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych/ danych osobowych osoby dla której występuje Pani/Pan o udzielenie dofinansowania może się Pani/Pan skontaktować z inspektorem ochrony danych dostępnym pod adresem: [iod@odosc.pl](mailto:iod@odosc.pl). Pani/Pana dane osobowe/ dane osobowe osoby dla której występuje Pani/Pan o udzielenie dofinansowania będą przetwarzane w celach związanych z dofinansowaniem zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) oraz, w przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie nieobowiązkowych danych osobowych, w celach realizacji kontaktu pozostających w związku z ww. zadaniem – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO. Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych znajduje się w siedzibie Administratora oraz na stronie internetowej pod adresem: [www.pcpr-wyszkow.pl/rodo](http://www.pcpr-wyszkow.pl/rodo).*

### Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 z późn. zm.) – oryginał do wglądu.
2. Faktura Pro Forma.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę, jednoznacznie wskazujące o potrzebie zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.
4. Oświadczenie o wysokości dochodów Wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą.
5. Kopia postanowienia Sądu Rejonowego w przypadku, kiedy wniosek składa opiekun – oryginał do wglądu
6. Dowód osobisty – do wglądu.