

Data wpływu:

Nr wniosku:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA*

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PODOPIECZNEGO

☐ Nie dotyczy

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

DANE ADRESOWE

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

OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

Przedstawicielem ustawowym:

Opiekunem prawnym:

Nazwa pola	Wartość
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	
Z dnia:	
Repetitorium nr:	

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ 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?

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**I. CEL DOFINANSOWANIA I KOSZTY REALIZACJI**

1. Cel dofinansowania:	
2. Miejsce realizacji zadania (w miejscu zamieszkania):	
3. Przewidywany koszt realizacji zadania:	
4. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON	

II. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON*

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON*				☐ TAK	☐ NIE
Nr data zawarcia umowy (decyzji)	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło: PFRON; samorząd powiatowy

III.FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH*

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**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.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym **wynosi**

Lp.	IMIĘ I NAZWISKO	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA (np. mąż / żona ; syn / córka itd.)	ŚREDNI MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO
DANE WNIOSKODAWCY:			
1.		X	
POZOSTALI CZŁONKOWIE WSPÓLNEGO GOSPODARSTWA DOMOWEGO:			
2.	X		
3.	X		

4.	X		
5.	X		
6.	X		
R A Z E M :			

- ✓ Oświadczam, że **nie posiadam wymagalnych zobowiązań** wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwanego dalej Funduszem i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- ✓ Świadoma(y) odpowiedzialności karnej **za składanie fałszywych zeznań** wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane **zostały zgodnie z prawdą**.
- ✓ Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią **Klauzuli informacyjnej RODO**.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1.	kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego
2.	oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych
3.	potwierdzenie źródeł finansowania zadania
4.	oferta cenowa sprzedawcy (np. faktura pro-forma)
5.	zaświadczenie od lekarza specjalisty zgodnie z orzeczoną niepełnosprawnością, z uzasadnieniem w jakim celu niezbędny jest sprzęt, o który występuje wnioskodawca.

OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) administrator Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łodzi; 92-318 Łódź; al. Piłsudskiego 133d.;
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Beata Grzesiak - Młynarczyk,
e-mail: beata.grzesiak@lodzkiwschodni.pl, tel. 665-030-349;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, w celu realizacji Pani/Pana wniosku z dnia ;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez niezbędny okres do realizacji ww. celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.;
- 6) posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie;
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 8) podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych jest obligatoryjnym warunkiem przeprowadzenia postępowania w Pani/Pana sprawie.

Zapoznałam/zapoznałem się

*podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej
do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy*

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR w związku z likwidacją barier
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Pacjent wymaga¹:

- ☐ zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Pacjent posiada¹:

☐ **dysfunkcje narządu ruchu:**

- ☐ z koniecznością poruszania się za pomocą wózka inwalidzkiego,
☐ z koniecznością poruszania się przy pomocy kul,
☐ po amputacji kończyn,
☐ poruszający się samodzielnie,
☐ inne

☐ **dysfunkcje narządu wzroku (wpisać ubytek wzroku):**

- ☐ oko lewe
☐ oko prawe

☐ **dysfunkcje narządu słuchu (wpisać ubytek słuchu):**

- ☐ ucho lewe
☐ ucho prawe

☐ **dysfunkcje narządu mowy**

- ☐ inne (jakie?):

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny (jaki?):

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

Uzasadnienie celowości zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:

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

Wpływ na poprawę sprawności organizmu osoby z niepełnosprawnością (przewidywane efekty):

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

.....
miejscowość i data

.....
(pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

¹ właściwe zaznaczyć