

Numer sprawy:

VII-611-...../25



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Data wpływu:

## WNIOSEK

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

### Część A –DANE WNIOSKODAWCY

#### ROLA WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola                          | Do uzupełnienia  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Wnioskodawca składa wniosek:</b> | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny dziecka/pełnoletniego podopiecznego<br><input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie |
| <b>Postanowieniem Sądu:</b>         |  |
| <b>Z dnia:</b>                      |  |
| <b>Sygnatura akt:</b>               |  |
| <b>Imię i nazwisko notariusza:</b>  |  |
| <b>Repertorium nr:</b>              |  |
| <b>Zakres pełnomocnictwa:</b>       | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><input type="checkbox"/> inne                                 |

**Do wniosku należy dołączyć kopię dokumentów potwierdzających ustanowienie wnioskodawcy opiekunem prawnym podopiecznego lub kopię pełnomocnictwa upoważniającego do reprezentowania mocodawcy.**

Jako pełnomocnik oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich trzech lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku, ani nie jestem i nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

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

**ADRES ZAMIESZKANIA**

| Nazwa pola           | Do uzupełnienia   |
|----------------------|---|
| Miejscowość:         |   |
| Gmina:               |   |
| Ulica:               |   |
| Nr domu:             |   |
| Nr lokalu:           |   |
| Kod pocztowy:        |   |
| Poczta:              |   |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |
| Nr telefonu:         |   |
| Adres e-mail:        |   |

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola    | Do uzupełnienia |
|---------------|-----------------|
| Miejscowość:  |                 |
| Gmina:        |                 |
| Ulica:        |                 |
| Nr domu:      |                 |
| Nr lokalu:    |                 |
| Kod pocztowy: |                 |
| Poczta:       |                 |

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

| Nazwa pola           | Do uzupełnienia   |
|----------------------|---|
| Miejscowość:         |   |
| Gmina:               |   |
| Ulica:               |   |
| Nr domu:             |   |
| Nr lokalu:           |   |
| Kod pocztowy:        |   |
| Poczta:              |   |
| Nr telefonu:         |   |
| Adres e-mail:        |   |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |

## STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola   | Do uzupełnienia  |
|--|--|
| <b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Stopień niepełnosprawności:</b>   | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy   |
| <b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>   | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo - do dnia:  |
| <b>Numer orzeczenia:</b>   |  |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>   | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy  |
| <b>Niezdolność:</b>  | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |
| <b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 04-O- narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br><input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo-płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne:<br><input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenie 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<br><input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>   | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny   |

## ŚREDNI DOCHÓD

**Czy osoba niepełnosprawna przebywa w DPS:**

- Tak       Nie       Brak informacji

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

- indywidualne       wspólne

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowych wynosi:**

.....  
**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

(przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o oświadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku):

.....

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

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

**Ze środków finansowych PFRON:**

- nie korzystałem  
 korzystałem

### I. PRZEDMIOT WNIOSKU

| Nazwa pola  | Do uzupełnienia |
|---|-----------------|
| Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:                        |                 |
| Przewidywany koszt realizacji zadania (100%) :                          |                 |
| Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80% : |                 |
| Co stanowi % kwoty brutto przewidzianych kosztów realizacji zadania :   |                 |
| Miejsce realizacji :  |                 |
| Cel dofinansowania :  |                 |

### PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)

| Nazwa pola           | Do uzupełnienia |
|----------------------|-----------------|
| Przewidywany koszt : |                 |
| Kwota wnioskowana :  |                 |
| Uzasadnienie :       |                 |

## FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola                          | Do uzupełnienia |
|-------------------------------------|-----------------|
| Właściciel konta (imię i nazwisko): |                 |
| Nazwa banku:                        |                 |
| Nr rachunku bankowego:              |                 |

Przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## 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?.....

## SYTUACJA RODZINNA

Osoba zamieszkująca z osobą/osobami niepełnosprawnymi (należy załączyć orzeczenie tej osoby oraz podpisany załącznik dla osoby niepełnosprawnej we wspólnym gospodarstwie domowym)

Osoba samotna

Osoba zamieszkująca z rodziną

## OŚWIADCZENIA

1. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
3. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Sączu, w szczególności wynikających z niewłaściwie zrealizowanych lub nierozliczonych umów dofinansowań.
5. Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku nie uzyskałam/em ze środków PFRON dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego objętego wnioskiem, oraz że o udzielenie wsparcia w zakresie objętym wnioskiem nie ubiegam się na terenie innej jednostki samorządu terytorialnego (powiatu).
6. 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.
7. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż złożony przeze mnie wniosek o dofinansowanie zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny zostanie rozpatrzony po podjęciu przez Radę Powiatu Nowosądeckiego uchwały w sprawie zatwierdzenia planu finansowego podziału środków PFRON przeznaczonych na realizację zadań na rzecz osób niepełnosprawnych w Powiecie Nowosądeckim w 2025 r.
8. Oświadczam, że po otrzymanym dofinansowaniu zobowiązuję się do odbioru z PCPR oryginału faktury za w/w przedmioty.
9. Wnioski rozpatrywane są według daty wpływu kompletnego wniosku do PCPR. Dofinansowaniem obejmuje się kompletne wnioski rozpatrzone pozytywnie, aż do momentu wyczerpania środków finansowych z PFRON na dany rok kalendarzowy.
10. Oświadczam, że orzeczenie o niepełnosprawności/o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne Wnioskodawcy złożone do wniosku jest prawomocne i ostateczne oraz że nie wniesiono odwołania od niniejszego orzeczenia.
11. Pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (tj. Dz. U. z 2021 r., poz. 2345 z późn. zm.) – za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym, a także świadomy celu składania zeznań oświadczam, że dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, osób pozostającym w moim gospodarstwie domowym, **został obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc składania wniosku.**
12. **Informacja dot. dostępu do informacji o przetwarzaniu danych osobowych:**

Do niniejszego wniosku dołączono Klauzulę Informacyjną o Ochronie Danych Osobowych obowiązujących w tut. Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie. Zostałem(-am) poinformowany(-a) o możliwości zapoznania się z treścią klauzuli informacyjnej, o jakiej mowa w art. 13 i art. 14 rozporządzenia 2016/679, w tym z informacją o celach i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Informacje te są dostępne na stronie internetowej oraz siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Sączu. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

## WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|    |  |
|----|--|
| 1. | Kopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność.  |
| 2. | W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego należy dołączyć kserokopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego. |
| 3. | Faktura proforma lub oferta cenowa dotycząca wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.  |
| 4. | Aktualne (ważne 3 miesiące od daty wystawienia) zaświadczenie lekarskie, wydane przez specjalistę na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny adekwatny do występujących schorzeń.     |
| 5. | Klauzula informacyjna RODO   |
| 6. | Upoważnienie dot. przekazania środków na wskazany numer rachunku bankowego (o ile dotyczy)   |
| 7. | Pełnomocnictwo/Odwołanie pełnomocnictwa w systemie SOW (o ile dotyczy)   |
| 8. | Oświadczenie dla pozostałych osób niepełnosprawnych w gospodarstwie domowym(o ile dotyczy)   |
| 9. | Inne dokumenty .....   |