

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## WNIOSEK

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

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

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

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
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
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
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
<b>ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO</b>	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

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
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:

<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<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 – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <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 (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

**ŚREDNI DOCHÓD****Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:** indywidualne  wspólne**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku:.....****Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....****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**CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON**

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU****I. PRZEDMIOT WNIOSKU****Przedmiot**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</b>	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:</b>	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</b>	

<b>Miejsce realizacji:</b>	
<b>Cel dofinansowania:</b>	

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 80% kosztów realizacji zadania.

### PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany koszt:	
<b>Kwota wnioskowana:</b>	
<b>Uzasadnienie:</b>	

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

W kasie lub 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?

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

Uprowadzony/uprowadzona 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.

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.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

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.

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

## **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**

### **Lista**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
2. Klauzula Informacyjna
3. Zaświadczenie lekarza prowadzącego, stwierdzającego rodzaj niepełnosprawności oraz zasadność prowadzenia odpowiedniej do rodzaju niepełnosprawności rehabilitacji leczniczej na wymienionym sprzęcie rehabilitacyjnym przy pomocy którego możliwe będzie osiągnięcie maksymalnie najwyższego poziomu funkcjonowania.
4. W przypadku, gdy Wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy załączyć odpowiednio kserokopię uwierzytelnionego pełnomocnictwa lub postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
5. Oferta cenowa/faktura proforma (ze sklepu medycznego).

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.) zwane ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych RODO informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Bydgoszczy ul. Ogrodowa 9.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy możliwy jest pod adresem email: [iod@mopsbydgoszcz.pl](mailto:iod@mopsbydgoszcz.pl)
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO w celu realizacji zadań wynikających z:
  - ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej\*
  - ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie rodzinnej pieczy zastępczej\*
  - ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie\*
  - ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych\*
  - ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych\*
  - ustawy z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny\*
  - ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji\*
  - ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych\*
  - umowy SOW/ 73/2018 z dnia 14.11.2018r.\*
- 4) kategoria danych osobowych: dane osobowe zwykłe / dane szczególnych kategorii \*
- 5) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 6) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą u Administratora zgodnie z Zarządzeniem Nr 66/2014 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy z dnia 18 grudnia 2014 r. w sprawie wprowadzenia Instrukcji Kancelaryjnej, Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt i Instrukcji Archiwalnej dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy z późn. zm.
- 7) posiada Pani/Pan prawo do: żądania od Administratora dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.
- 8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało wezwaniem do ich uzupełnienia, a w przypadku nieuzupełnienia pozostawieniem wniosku bez rozpoznania.
- 10) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego, ani do organizacji międzynarodowej.
- 11) Przetwarzanie Pani/Pana danych nie będzie podlegało zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.



**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIEGO STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej Bydgoszczy  
**dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego**  
**ze środków PFRON**

/Proszę wypełnić w języku polskim/

Imię i Nazwisko pacjenta

.....

data urodzenia (pesel)

.....

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

.....

.....

.....

.....

.....

2. Trudności w komunikowaniu się, lub bariery techniczne związane z rodzajem dysfunkcji:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Uzasadnienie zakupu sprzętu lub rozwiązań technicznych zaproponowanych przez Osobę niepełnosprawną

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

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