Nr sprawy: PCPR.ON.4220……2026

Data wpływu wniosku do PCPR w Lubartowie

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

I Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania……..……

Kod pocztowy……..…….

Nr PESEL..... Data urodzenia……..……

nr telefonu.....……

Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku, gdy adres do korespondencji jest inny niż zamieszkania)

……..……..

II Stopień niepełnosprawności

1.	znaczny	☐
	inwalidzi I grupy	☐
	osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	☐
	osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	☐
	dziecko do lat 16 z orzeczoną niepełnosprawnością	☐
2.	umiarkowany	☐
	inwalidzi II grupy	☐
	osoby całkowicie niezdolne do pracy	☐
3.	lekki	☐
	inwalidzi III grupy	☐
	osoby częściowo niezdolne do pracy	☐
	osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym nie przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	☐
Ważność dokumentu ☐ **bezterminowo** ☐ **okresowo do dnia**.....		

III Rodzaj niepełnosprawności

01-U – upośledzenie umysłowe	☐
02-P – choroby psychiczne	☐
03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	☐
osoba głucha	☐
osoba głuchoniema	☐
04-O – choroby narządu wzroku	☐
osoba niewidoma	☐
osoba głuchoniewidoma	☐
05-R – upośledzenie narządu ruchu	☐
osoba porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego	☐
dysfunkcja obu kończyn górnych	☐
06-E – epilepsja	☐
07-S – choroby układu oddechowego i krążenia	☐

08-T – choroby układu pokarmowego	□
09-M – choroby układu moczowo-płciowego	□
10-N – choroby neurologiczne	□
11-I – inne w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	□
12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe	□

IV Sytuacja zawodowa

1. zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą	□
2. osoba w wieku od lat 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	□
3. bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy	□
4. rencista, emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	□
5. dzieci i młodzież do lat 18	□
6. inne……	□

V Przedmiot wniosku

1. Przedmiot dofinansowania.....
/nazwa wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego/

2. Miejsce realizacji zadania……

3. Cel dofinansowania i uzasadnienie.....
……..
……
……..

4. Przewidywany koszt realizacji zadania 100%:…….

5. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON- maksymalnie 80%:……..……..

.....zł (słownie:.....)

6. Informacja czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON: □ tak □ nie

7. Informacja Wnioskodawcy o kwotach przyznanych wcześniej ze środków PFRON z określeniem:

Lp.	Cel i nazwa zadania	Numer i data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia
1.				
2.				
3.				
4.				

Nazwa banku i nr rachunku bankowego Wnioskodawcy:……..……...……
……

VI Oświadczenia

1. 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.
2. Liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.....
3. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku. nie byłem/am strona umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.
5. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
6. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej.

7. Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
8. Prawdziwość podanych we wniosku o dofinansowanie danych oraz złożonych oświadczeń stwierdzam własnoręcznym podpisem.

…….....r. (data)

…….. **(czytelny podpis Wnioskodawcy, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika lub przedstawiciela ustawowego)**

Klauzula informacyjna
dotycząca przetwarzania danych osobowych

Informujemy, że przetwarzanie Państwa danych osobowych odbywa się na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO).

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie, reprezentowane przez Dyrektora PCPR (dalej Administrator danych) z siedzibą przy ul. Szaniawskiego 64, 21- 00 Lubartów, NIP 714-16-83-447 REGON 431030059 .
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych (IOD), można się z nim kontaktować poprzez e-mail: iod@pcprlubartow.pl lub telefonicznie 81 854 33 29 .
3. Pani /Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
   W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, Pani/Pana dane osobowe zawarte we wniosku i załącznikach do niego będą przetwarzane w celu udzielenia dofinansowania, zawarcia umowy oraz w celu archiwalnym.
   W przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku, Pani/Pana dane osobowe zawarte we wniosku i załącznikach do niego będą przetwarzane w celu archiwalnym.
   Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie zawartych we wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON i załącznikach do wniosku lub umowie stanowi art. 6 ust. 1 lit. b) i lit. c) RODO.
4. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także wniesienia sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych jak również do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania poskutkuje brakiem możliwości realizacji zadań placówki oraz podjęcia czynności w celu rozpatrzenia sprawy.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby upoważnione przez Administratora danych do przetwarzania danych osobowych, na podstawie upoważnienia lub umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, podmioty informatyczne i księgowe oraz podmioty uprawnione do tego przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu realizacji celu wskazanego w pkt. 3, a następnie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności ze względu na cele archiwalne.
8. Pani/Pana dane nie będą podlegać automatycznym sposobom przetwarzania danych.
9. Administrator danych nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych poza obszar Unii Europejskiej.

Przyjmuję powyższe do wiadomości oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych.

…….. **(data)**

…….. **(czytelny podpis Wnioskodawcy, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika lub Przedstawiciela ustawowego)**

W przypadku, gdy w imieniu Wnioskodawcy występuje Opiekun prawny, Pełnomocnik lub Przedstawiciel Ustawowy należy wpisać następujące dane:

Imię i nazwisko.....

Drugie imię……...…….…….

PESEL ……..... Data urodzenia .....

Adres zamieszkania.....

Nr telefonu..... ……..……..……

ustanowiony przedstawicielem*/opiekunem*/pełnomocnikiem*

postanowieniem Sądu Rejonowego.....

z dn…….sygn. Akt*……...……..

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*.....

z dn.....repet. nr.....

*właściwe zaznaczyć

....

(data) **(czytelny podpis Wnioskodawcy, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika lub Przedstawiciela ustawowego)**

Wymagane załączniki do wniosku:
kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998 r.(oryginał do wglądu);
oryginał aktualnego zaświadczenia lekarskiego, wystawionego przez lekarza specjalistę czytelnie i w języku polskim, zawierającego informację o rodzaju posiadanych schorzeń oraz wyraźne wskazanie, iż zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego (nazwa sprzętu) na ustalonym druku. **(ważny 6 m-c od daty wystawienia);**
w przypadku, gdy Wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio uwierzytelnione pełnomocnictwo lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (do wniosku należy dołączyć kserokopię – oryginał do wglądu);
klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności

dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Imię i nazwisko……...
Adres zamieszkania…….....
PESEL…….....
Rozpoznanie (w języku polskim)…….....
……...……...……
……...……..….
Niepełnosprawność dotyczy narządu/układu…….....…

Sprawność danego narządu/układu sprawia trudności w stopniu:
□ znacznym
□ umiarkowanym
□ lekkim

Sprawność
kończyn górnych:
□ pełna
□ częściowo ograniczona
□ całkowicie niesprawne

kończyn dolnych:
□ pełna
□ częściowo ograniczona
□ całkowicie niesprawne

Osoba porusza się:
□ samodzielnie
□ z częściową pomocą
□ wyłącznie z pomocą
□ na wózku inwalidzkim
□ jest osobą leżącą

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego:
……
…….

Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu:

□ **nie**
□ **tak-uzasadnienie**.....
……
……

....
data **pieczęć i podpis lekarza specjalisty**