

Program finansowany ze środków PFRON

NR SPRAWY: PCPR.DORS.4820.

Podpis Pracownika:

WNIOSEK „P” - Moduł I, Obszar C, Zadanie 5

wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –
Pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym oprzyrządowania elektrycznego do
wózka ręcznego

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcprcieszyn.ox.pl w zakładce: **Dział Organizacyjny i Rehabilitacji Społecznej**.

1 Dane personalne Wnioskodawcy - należy wypełnić wszystkie pola

Imię i nazwisko:

PESEL (w przypadku braku nr PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość):

Adres (miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, poczta):
.....
.....

Płeć: kobieta mężczyzna **Stan cywilny:** wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

ADRESEM ZAMIESZKANIA, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

Telefon: **E-mail:**

Stan prawny dotyczący niepełnosprawności:

- całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji / znaczny stopień / I grupa inwalidzka
- całkowita niezdolność do pracy / umiarkowany stopień / II grupa inwalidzka
- częściowa niezdolność do pracy / lekki stopień / III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:

- okresowo do dnia: bezterminowo

Rodzaj niepełnosprawności:

- | | |
|---|---|
| <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"/> 04-O choroby narządu wzroku |
| <input type="checkbox"/> 05-R choroby narządu ruchu | <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 – pęciowego | <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne |
| <input type="checkbox"/> 11-I inne | <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe |

Aktywność zawodowa osoby niepełnosprawnej:

- rejestracja w PUP – (od kiedy?)
- działalność gospodarcza - Nr NIP:
- działalność rolnicza,
- zatrudniony:
Nazwa firmy, adres:
.....
- nie dotyczy

Obecnie wnioskodawca pobiera naukę (proszę zaznaczyć właściwe):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> szkoła policealna | <input type="checkbox"/> kolegium | <input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia |
| <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia | <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie | <input type="checkbox"/> studia podyplomowe |
| <input type="checkbox"/> studia doktoranckie | <input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach programów UE | |
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy | | |

2 Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 5 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie? tak nie

Zadanie ustawowe lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc	Kwota przyznana	Rok rozliczenia

Razem kwota przyznana		

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania*:

* Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął.

Uwaga! W ramach programu „ MODUŁ II” nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON

3 Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

SKUTER O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM – należy przez to rozumieć czterokołowy lub trzykołowy skuter/pojazd o napędzie elektrycznym, także składany/kompaktowy, pełniący funkcję wózka inwalidzkiego przeznaczonego dla osoby niepełnosprawnej ruchowo do poruszania się; skuter wyposażony jest m.in. w oddzielną, nastawną kolumnę kierownicy;

WÓZEK RĘCZNY Z OPRZYRĄDOWANIEM ELEKTRYCZNYM – należy przez to rozumieć wózek inwalidzki, w tym aktywny, wyposażony w przystawne elementy/osprzęt (napęd elektryczny wraz z wyposażeniem, także dodatkowym), zwiększające mobilność osoby niepełnosprawnej i umożliwiające samodzielne przemieszczanie się;

OPRZYRĄDOWANIE ELEKTRYCZNE DO WÓZKA RĘCZNEGO (w przypadku Obszaru C Zadanie 5) – należy przez to rozumieć przystawne elementy/osprzęt (napęd elektryczny wraz z wyposażeniem, także dodatkowym) możliwe do zamontowania w standardowym wózku inwalidzkim (ręcznym), gwarantujące maksymalne odciążenie przy jeździe, pchaniu lub hamowaniu wózka, także na nierównych nawierzchniach, zwiększające mobilność osoby niepełnosprawnej i umożliwiające samodzielne przemieszczanie się.

Model (nazwa) skutera inwalidzkiego napędzie elektrycznym:

.....

Wybrany skuter jest: trzykołowy czterokołowy

jednoosobowy dwuosobowy

Nazwa/opis oprzyrządowania elektrycznego (napędu) do wózka ręcznego:

.....

.....

Dodatkowe wyposażenie:

.....

.....

4 Wnioskowana kwota dofinansowania:

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym		
Napęd elektryczny do wózka ręcznego		
Dodatkowe wyposażenie		
ŁĄCZNIE		

Dane rachunku bankowego Wnioskodawcy, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku:

Imię i nazwisko właściciela rachunku:

numer rachunku bankowego

nazwa banku

5 Informacje uzupełniające:

Informacje podstawowe:

Wnioskodawca posiada następujący wózek/skuter:

Model.....Rok nabycia.....

Informacje dodatkowe:

Czy Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:

NIE TAK w roku w ramach

a także w roku w ramach

POJĘCIA:

DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU POWODUJĄCA PROBLEMY W SAMODZIELNYM PRZEMIESZCZANIU SIĘ (w przypadku Obszaru C Zadanie 5) – należy przez to rozumieć sytuację, kiedy stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz; brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych; stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) i musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarza specjalisty, który oceniając zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania potwierdzi, iż:

- a) osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się,

- b) zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej,
- c) korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),
- d) korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,

nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania;

6 Uzasadnienie wniosku:

(należy opisać w jaki sposób udzielone dofinansowanie umożliwi realizację celów programu, ponadto należy wskazać w jaki sposób wnioskowany sprzęt ograniczy skutki i rodzaj niepełnosprawności)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7 Informacje

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Cieszynie (43-400) przy ulicy Bobreckiej 29, reprezentowane przez Dyrektora (nr tel.: 33 47 77 117 adres e-mail: sekretariat@pcpr.cieszyn.pl) oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie (00-828), przy ul. Jana Pawła II 13.
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu 518-442-215 w godzinach pracy urzędu, tj. od 7.30 – 15.30 lub adresem e-mail: inspektor@pcpr.cieszyn.pl.
3. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie **przetwarza dane osobowe w celu** prowadzenia dokumentacji wynikających z przepisów prawa dotyczących realizacji pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, oraz archiwizacji dokumentów.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt 3, **dane osobowe będą udostępniane PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych**. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

5. **Podane dane osobowe są przetwarzane** na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.

6. **W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie, danych osobowych, przysługuje prawo do:**

- dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązany jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie,
- sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
- ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO.

7. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie danych osobowych narusza przepisy RODO, **przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.**

8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach prawa, a ich nie podanie skutkować będzie negatywnym rozpatrzeniem sprawy.

*Wnioskodawca **nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca**, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.*

....., dnia

Miejscowość, data

.....

Podpis Wnioskodawcy

....., dnia

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole* *oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*)

4.

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	pieczętka, nr i podpis lekarza

8 Załączniki do wniosku

TAK	NIE	Załączniki Obowiązkowe:
		Załącznik nr 1 - Oświadczenia do wniosku – Sporządzone wg wzoru
		Załącznik nr 2 - Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)
		Załącznik nr 3 - Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)
		Załącznik nr 4 Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku i zawierające zgodę na użytkowanie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym-
Inne o ile dotyczy:		
		Kserokopia aktu urodzenia dziecka w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej,
		Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny
		Zaświadczenie ze szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia (dot. osób uczących się lub studiujących),
		Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie osoby (w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracę
		Zaświadczenie o zatrudnieniu - w przypadku osób zatrudnionych,
		Zaświadczenie potwierdzające działalność społeczną - w przypadku osób działających na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych
W przypadku występowania przez pełnomocnika:		
		Kopia pełnomocnictwa notarialnego - w przypadku osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik;
		Oświadczenie Pełnomocnika, iż nie jest i w ciągu trzech ostatnich lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm/y oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, itp.

.....
data, pieczęć i podpis pracownika