

**Regulaminu przyznawania dofinansowania do zadań powiatu, które mogą być
finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych.**

§ 1.

Ilekróć w niniejszym regulaminie mowa jest o:

- 1) **Barierach architektonicznych** – są to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym.
- 2) **Barierach w komunikowaniu się** – są to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewania się i/lub przekazywania informacji.
- 3) **Barierach technicznych** – są to przeszkody wynikające z braku zastosowania odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności, przedmiotów lub urządzeń. Likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie.
- 4) **Sprzęcie rehabilitacyjnym** - sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych z osobą niepełnosprawną, mający za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie tej osoby możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.
- 5) **Przedmiotach ortopedycznych i środkach pomocniczych** – oznacza to przedmioty określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydanych na zlecenie.
- 6) **Turnusie rehabilitacyjnym** – oznacza to zorganizowaną formę aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku, której celem jest ogólna poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników, między innymi przez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizację i rozwijanie zainteresowań, a także przez udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu.
- 7) **Zaświadczeniu lekarza specjalisty lub specjalisty** – należy przez to rozumieć, w przypadku lekarza specjalisty: zaświadczenie wystawione przez lekarza specjalistę w dziedzinie odpowiedniej do choroby zasadniczej wnioskodawcy będącej podstawą wydania orzeczenia o niepełnosprawności, w związku z którą osoba niepełnosprawna ubiega się o dofinansowanie (np. chirurg, ortopeda, onkolog, traumatolog, okulista), w przypadku specjalisty (psycholog, logopeda, pedagog).
- 8) **Komisji** – oznacza to Komisję powołaną Zarządzeniem Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie do rozpatrywania wniosków o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny oraz sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych.
- 9) **PFRON** – oznacza to Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

§ 2.

- 1) Podstawą ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych jest wniosek, którego wzór stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego regulaminu. Do wniosku należy dołączyć: kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne (oryginał do wglądu), kopię aktualnych dokumentów potwierdzających tytuł prawny do lokalu (oryginał do wglądu), szkic pomieszczeń, w których ma być

przeprowadzona likwidacja i ich wymiary (metraż), kosztorys oraz zgoda właściciela lokalu lub budynku, w którym stale zamieszkuje, na przeprowadzenie prac związanych z likwidacją barier architektonicznych w częściach wspólnych (jeżeli dotyczy).

- 2) Podstawą ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier technicznych, w komunikowaniu się jest wniosek, którego wzór stanowi **załącznik nr 2** do niniejszego regulaminu. Do wniosku należy dołączyć: kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne (oryginał do wglądu).
- 3) Podstawą ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego jest wniosek, którego wzór stanowi **załącznik nr 3** do niniejszego regulaminu. Do wniosku należy dołączyć: kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne (oryginał do wglądu).
- 4) Podstawą ubiegania się o dofinansowanie do zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych jest wniosek, którego wzór stanowi **załącznik nr 4** do niniejszego regulaminu. Do wniosku należy dołączyć: kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne (oryginał do wglądu), faktura zakupu, faktura pro-forma wyszczególniająca kwotę opłaconą przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotę udziału własnego wnioskodawcy, kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
- 5) Do wniosku o którym mowa w § 2 pkt. 1-3, należy dołączyć także zaświadczenie lekarza specjalisty lub specjalisty, którego wzór stanowi **załącznik nr 5** do niniejszego regulaminu.

§ 3.

Ustala się, limity wysokości dofinansowania zadań:

- 1) likwidacja barier architektonicznych – dofinansowanie wniosku do 95% zweryfikowanej wartości kosztorysowej, lecz nie więcej niż 6.000 zł,
- 2) likwidacja barier w komunikowaniu się - dofinansowanie wniosku do 95% ceny sprzętu/urządzenia wskazanego we wniosku o dofinansowanie, lecz nie więcej niż 1.500 zł,
- 3) likwidacja barier technicznych - dofinansowanie wniosku do 95% ceny sprzętu/urządzenia wskazanego we wniosku o dofinansowanie, lecz nie więcej niż 6.000 zł,
- 4) zakup sprzętu rehabilitacyjnego - dofinansowanie wniosku do 30% ceny sprzętu/urządzenia wskazanego we wniosku o dofinansowanie,
- 5) zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych – dofinansowanie wniosku w kwocie nie wyższej niż kwota dofinansowania z NFZ,
- 6) sport, kultura, rekreacja i turystyka osób niepełnosprawnych - dofinansowanie wniosku do 30% kosztów zadania wskazanego we wniosku, lecz nie więcej niż 3.000 zł.

§ 4.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach, Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie, na wniosek strony oraz po zasięgnięciu opinii komisji jest uprawniony do przyznania dofinansowania wniosku w wysokości wyższej niż wskazaną w § 3, jednak nie wyższej niż do wysokości określonej w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

§ 5.

W razie powzięcia przez komisję wątpliwości, co do zasadności przyznania dofinansowania ze środków PFRON, zostanie powołany ekspert (lekarz specjalista), który określi faktyczne ograniczenia wnioskodawcy wynikające z rodzaju i charakteru niepełnosprawności oraz wskaże w

jakim zakresie wymagane jest dostosowanie pomieszczeń do potrzeb wnioskodawcy lub wyposażenie we wnioskowany sprzęt lub urządzenie.

§ 6.

Podstawą rozliczenia wniosków o których mowa w § 2 pkt. 1-3 będzie umowa zawarta z wnioskodawcą. W przypadku wniosków o dofinansowanie do zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych podstawą rozliczenia będzie kopia zrealizowanego zlecenia oraz faktura zakupu.

§ 7.

Przed przyznaniem dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych, pracownicy Działu Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych PCPR w Bytowie, dokonają wizji lokalnej w miejscu planowanej realizacji zadania w celu stwierdzenia i udokumentowania występujących barier architektonicznych oraz faktycznych potrzeb w zakresie ich likwidacji.

§ 8.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych, uzyskanie uzgodnień, opinii i pozwoleń wymaganych przepisami szczególnymi oraz pozwoleń na budowę, a także zapewnienie nadzoru inwestorskiego – w koniecznych przypadkach leży po stronie wnioskodawcy. Koszty związane z w/w zakresem pokrywa wnioskodawca.

§ 9.

W przypadku dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się dla dzieci i młodzieży wymagane jest aktualne:

- 1) orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub,
- 2) orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania lub,
- 3) opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka lub,
- 4) orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno - wychowawczych,

wydane przez poradnię psychologiczno – pedagogiczną oraz zaświadczenie lub opinia psychologa, pedagoga lub logopedy zatrudnionego przez poradnię psychologiczno - pedagogiczną, potwierdzająca faktyczne ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.

§10.

Przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego bierze udział pracownik socjalny, oceniający sytuację społeczną osoby niepełnosprawnej i jej potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych na podstawie przeprowadzonej ankiety, której wzór stanowi załącznik nr 6 (dot. osób dorosłych) i załącznik nr 7 (dot. dzieci).

§ 11.

Wnioskodawcy, którzy kwalifikują się do przyznania pomocy w zakresie zakupu sprzętu elektronicznego lub jego oprogramowania w ramach programu „Aktywny samorząd”, nie mogą uzyskać dofinansowania ze środków PFRON w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się.

§ 12.

Wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia, w przypadku zgonu Wnioskodawcy lub rezygnacji Wnioskodawcy z dofinansowania.

§ 13.

Po podjęciu przez Radę Powiatu Bytowskiego uchwały określającej zadania, na które przeznaczają się środki z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w przypadku znacznego niedoboru środków, Dyrektora PCPR w drodze zarządzenia, wprowadza zasadę, o której mowa w § 6 ust. 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15.11.2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych.

DRSON...../
.....
numer wniosku

data wpływu wniosku do PCPR

W N I O S E K
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych

I. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek

.....
imię (imiona) i nazwisko.

nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu.....
dokładny adres

kod-..... poczta powiat

nr tel.

**Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika
wnioskodawcy:**

.....
imię (imiona) i nazwisko

nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu.....
dokładny adres

kod-..... poczta powiat

II. Przedmiot dofinansowania

.....
.....

III. 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.....

IV. Nazwa banku i nr rachunku

.....

V. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania (uzasadnienie)

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

.....
VI. Przewidywany koszt realizacji zadania

VII. Termin rozpoczęcia..... i przewidywany czas realizacji zadania

VIII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych TAK NIE

Cel dofinansowania	Nr zawartej umowy	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia

IX. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON
.....

X. Dane dodatkowe

Rodzaj niepełnosprawności

1.	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2.	inna dysfunkcja narządu ruchu	
3.	dysfunkcja narządu wzroku	
4.	dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5.	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6.	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

Sposób poruszania się

		TAK	NIE
1.	samodzielnie		
2.	na wózku inwalidzkim		
3.	o kulach lub łasce		
4.	korzysta z pomocy innej osoby		

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że **nie mam/ mam*** zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)** odpowiednio na te cele dofinansowania ze środków Funduszu.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

**niepotrzebne skreślić*

Załączniki do wniosku:

(Wniosek należy dostarczyć wypełniony z kompletem wymaganych załączników)

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne (oryginał do wglądu).
2. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty lub specjalisty, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności (druk w załączeniu).
3. Kopię aktualnych dokumentów potwierdzających tytuł prawny do lokalu (oryginał do wglądu).
4. Szkic pomieszczeń w których ma być przeprowadzona likwidacja i ich wymiary (metraż).
5. Kosztorys.
6. Zgoda właściciela lokalu lub budynku, w którym stale zamieszkuje, na przeprowadzenie prac związanych z likwidacją barier architektonicznych (jeżeli dotyczy).
7. Pełnomocnictwo udzielone przez wnioskodawcę na rzecz pełnomocnika w formie notarialnej (jeżeli dotyczy).

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że

1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie, ul. Miła 26, 77-100 Bytów**;
2. Z Inspektorem ochrony danych można kontaktować się e-mailowo: pod adresem - iod@pcprbytow.pl
3. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c 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);
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie konsekwencjami określonymi w ustawach wskazanych w pkt 3;
6. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania;
7. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;
8. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
9. Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie i nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....
(miejsowość data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

DRSON..... /
numer wniosku

.....
data wpływu wniosku do PCPR

W N I O S E K
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się, technicznych

I. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek

.....
imię (imiona) i nazwisko

nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu.....
dokładny adres

kod..-..... poczta powiat

nr tel.

**Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika
wnioskodawcy:**

.....
imię (imiona) i nazwisko

nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu.....
dokładny adres

kod..-..... poczta powiat

II. Przedmiot dofinansowania

.....
.....

III. 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, wynosiłzł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....

IV. Nazwa banku i nr rachunku

.....

V. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania (uzasadnienie)

.....

.....

.....

.....

VI. Przewidywany koszt realizacji zadania

VII. Termin rozpoczęcia..... i przewidywany czas realizacji zadania

VIII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych TAK NIE

Cel dofinansowania	Nr zawartej umowy	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia

IX. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON

X. Dane dodatkowe

Rodzaj niepełnosprawności

1.	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2.	inna dysfunkcja narządu ruchu	
3.	dysfunkcja narządu wzroku	
4.	dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5.	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6.	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

Sposób poruszania się

		TAK	NIE
1.	samodzielnie		
2.	na wózku inwalidzkim		
3.	o kulach lub lasce		
4.	korzysta z pomocy innej osoby		

OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.
- Oświadczam, że **nie mam/ mam*** zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)*** odpowiednio na te cele dofinansowania ze środków Funduszu.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

*niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

(Wniosek należy dostarczyć wypełniony z kompletem wymaganych załączników)

- Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu).

2. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty lub specjalisty, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności (druk w załączeniu).
3. Pełnomocnictwo udzielone przez wnioskodawcę na rzecz pełnomocnika w formie notarialnej (jeżeli dotyczy).

W przypadku dofinansowania do zakupu komputera

- orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania lub opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka lub orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych ze względu na niepełnosprawność wydane przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną,
- opinia lub zaświadczenie (psychologa, pedagoga, logopedy) zatrudnionego w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej, potwierdzające wskazanie do korzystania ze sprzętu komputerowego w procesie rehabilitacji (dzieci i młodzież),
- zaświadczenie lekarskie – lekarza specjalisty o potrzebie rehabilitacji leczniczej, społecznej lub zawodowej przy użyciu sprzętu komputerowego (osoby dorosłe).

Dofinansowanie innych przedmiotów i urządzeń:

- zaświadczenie lekarskie – lekarza specjalisty lub specjalisty

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że

1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie, ul. Miła 26, 77-100 Bytów;**
2. Z Inspektorem ochrony danych można kontaktować się e-mailowo: pod adresem - iod@pcprbytow.pl
3. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c 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);
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie konsekwencjami określonymi w ustawach wskazanych w pkt 3;
6. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania;
7. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;
8. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
9. Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie i nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....
(miejsowość data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

DRSON...../
numer wniosku

Załącznik nr 3 do regulaminu
.....
data wpływu wniosku do PCPR

W N I O S E K
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych sprzętu rehabilitacyjnego.

I. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek

.....
imię (imiona) i nazwisko

nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu.....
dokładny adres.

Kod..-..... poczta powiat

nr tel.

**Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika
wnioskodawcy:**

.....
imię (imiona) i nazwisko

nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu.....
dokładny adres

kod..-..... poczta powiat

II. Przedmiot dofinansowania

.....
.....

III. Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, wynosił

..... zł.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

IV. Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....
.....

V. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania (uzasadnienie)

.....
.....

.....
.....
VI. Przewidywany koszt realizacji zadania (100%).....

VII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych TAK NIE

Cel dofinansowania	Nr zawartej umowy	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia

VIII. Wysokość kwoty Wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu
.....zł

OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.
- Oświadczam, że **nie mam/ mam*** zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
(miejsowość , data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wymagane załączniki:

- Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu).
- Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty lub specjalisty, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności (druk w załączeniu).
- Pełnomocnictwo udzielone przez wnioskodawcę na rzecz pełnomocnika w formie notarialnej (jeżeli dotyczy).

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że

- Administratorem przekazanych danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie, ul. Miła 26, 77-100 Bytów**;
- Z Inspektorem ochrony danych można kontaktować się e-mailowo: pod adresem - iod@pcprbytow.pl
- Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c 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);
- Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie konsekwencjami określonymi w ustawach wskazanych w pkt 3;
- Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania;
- Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;
- Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie i nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....
(miejsowość data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

DRSON..... /
numer wniosku

.....
data wpływu wniosku do PCPR

W N I O S E K

**o dofinansowanie do zakupu przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i
 leczniczych środków technicznych.**

I. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek

.....
imię (imiona) i nazwisko

nr PESEL

miejscowość ulica nr domu nr lokalu.....
dokładny adres.

Kod..-..... poczta powiat

nr tel.

Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika wnioskodawcy:

.....
imię (imiona) i nazwisko

nr PESEL

miejscowość ulica nr domu nr lokalu.....
dokładny adres

kod..-..... poczta powiat

II. Przedmiot dofinansowania

.....

III. Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o
 zasiłkach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym,
 obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, wynosił
 zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

IV. Proszę o przekazanie dofinansowania:

- Przekazem pocztowym
- Na konto sprzedawcy (w sytuacji gdy sprzęt nie został zakupiony)
- Na konto bankowe

IV. Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....

Imię i nazwisko właściciela konta

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że **nie mam/ mam*** zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
Data

.....
Podpis

Obowiązkowe załączniki:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu).
2. faktura zakupu, faktura pro-forma wystawiona przez wykonawcę usługi lub dostawcę przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych wystawionych na osobę niepełnosprawną na jego rodzica lub prawnego opiekuna **wyszczególniająca kwotę opłaconą przez Narodowy Fundusz Zdrowia** w ramach ubezpieczenia zdrowotnego I kwotę udziału własnego wnioskodawcy,
3. **kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie** w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Uwaga: Wniosek wypełnia osoba niepełnosprawna, w przypadku osoby poniżej 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionej wniosek powinien zawierać dane osoby niepełnosprawnej natomiast podpisuje się opiekun prawny.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że

1. *Administratorem przekazanych danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie, ul. Miła 26, 77-100 Bytów;***
2. *Z Inspektorem ochrony danych można kontaktować się e-mailowo: pod adresem - iod@pcprbytow.pl*
3. *Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;*
4. *Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c 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);*
5. *Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie konsekwencjami określonymi w ustawach wskazanych w pkt 3;*
6. *Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania;*
7. *Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;*
8. *Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;*
9. *Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie i nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.*

.....
(miejsce data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej.....
miejsowość i data

ZASWIADCZENIE lekarza specjalisty lub specjalisty
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

Informacja o stanie zdrowia

Schorzenie podstawowe:.....
.....

Choroby

współistniejące:.....
.....

1. Rodzaj niepełnosprawności

Właściwe zaznaczyć	Niepełnosprawność pacjenta dotyczy	Podpis lekarza/specjalisty
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku	
<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja kończyn <input type="checkbox"/> dolnych <input type="checkbox"/> górnych	
<input type="checkbox"/>	inna dysfunkcja narządu ruchu, jaka?	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu wzorku	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
<input type="checkbox"/>	Deficyty rozwojowe (upośledzenie umysłowe)	
<input type="checkbox"/>	Choroba neurologiczna	
<input type="checkbox"/>	Choroba nowotworowa	
<input type="checkbox"/>	Inna,	

2. Używane przedmioty ortopedyczne

wózek inwalidzki kule balkonik proteza orteza inne

3. Istniejące potrzeby w zakresie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych związane z ww. dysfunkcjami lub potrzeba zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.....

.....

.....

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie

ANKIETA DO WNIOSKÓW OSOBY DOROSŁE

1. Imię i nazwisko
Numer telefonu.....
Jestem uczniem w wieku 16-24 lat i nie pracuję: tak nie
2. **Sytuacja rodzinna:**
 - samotny
 - posiada rodzinę, bliskie osoby
3. **Czy we wspólnym gospodarstwie domowym zamieszkuje inna osoba niepełnosprawna**
 - TAK
 - NIE
4. **Sytuacja zawodowa:**
 - osoba pracująca
 - emeryt/rencista
 - osoba bezrobotna/poszukująca pracy
 - osoba niepracująca/ nie zainteresowana podjęciem pracy
 - osoba pełnoletnia ucząca się
5. **Czy wnioskodawca uczestniczy w życiu społecznym poprzez udział (np. wyjazdy zorganizowane, imprezy masowe, kino, teatr, itp.) oraz korzysta ze wsparcia oferowanego w środowisku lokalnym**
 - TAK – wymienić jakie
 - NIE
6. **Zdolność do wykonywania czynności w zakresie samoobsługi:**
 - wykonanie czynności samodzielnie
 - konieczność pomocy częściowej lub okresowej (w jakim zakresie)
 -
 - pełne uzależnienie od innych – konieczność całkowitej opieki
7. **Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego:**
 - samodzielnie
 - z pomocą innych osób (w jakim zakresie)
 -
8. **Potrzeby i oczekiwania w zakresie rozwijania umiejętności społecznych**
 - wzrost samoobsługi, wyrabianie zaradności osobistej
 - wzrost wrażliwości społecznej, aktywizacja i współdziałanie z innymi osobami
 - wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych
 - budzenie poczucia własnej wartości
9. **Oczekiwania osoby niepełnosprawnej dotyczące pobytu na turnusie rehabilitacyjnym (zaznaczyć jedno najważniejsze)**
 - ogólna poprawa sprawności psychofizycznej
 - nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych
 - rozwijanie zainteresowań
 - zabiegi fizjoterapeutyczne
10. **Z jakiego rodzaju turnusu rehabilitacyjnego chciałby Pan/Pani skorzystać (zaznaczyć max. 2 odpowiedzi)**
 - usprawniająco -rekreacyjny
 - rekreacyjno-sportowy i sportowy
 - szkoleniowy
 - psychoterapeutyczny
 - rozwijający zainteresowania i uzdolnienia
 - nauki niezależnego funkcjonowania z niepełnosprawnością

ANKIETA DO WNIOSKU DZIECI

1. Imię i nazwisko

Numer telefonu.....

2. Czy dziecko uczęszcza do przedszkola, szkoły:

TAK

NIE

3. Rodzaj nauczania:

standardowe

specjalne

indywidualne

4. Czy dziecko uczestniczy w zajęciach dodatkowych, poza lekcyjnych

TAK

jeżeli tak, to z jakich

.....

NIE

jeżeli nie, to dlaczego

.....

5. Czy dziecko uczestniczy w życiu społecznym poprzez udział (np. wyjazdy zorganizowane przez szkołę, imprezy szkolne, kino, teatr, itp.)

TAK

jeżeli tak, to z jakich.....

.....

NIE

jeżeli nie, to dlaczego

.....

6. Czy dziecko utrzymuje kontakt z rówieśnikami:

sporadyczny

częsty

nie utrzymuje kontaktów, jeżeli tak to z jakiego powodu

.....

7. Zdolność do wykonywania czynności w zakresie samoobsługi:

wykonanie czynności samodzielnie

konieczność pomocy częściowej lub okresowej (w jakim zakresie)

.....

pełne uzależnienie od innych – konieczność całkowitej opieki

8. Potrzeby i oczekiwania w zakresie rozwijania umiejętności społecznych (właściwe podkreślić)

wzrost samoobsługi, wyrabianie zaradności osobistej

wzrost wrażliwości społecznej, aktywizacja i współdziałanie z innymi osobami

korzystanie z zabiegów rehabilitacji leczniczej w celu poprawy kondycji fizycznej i psychicznej

budzenie poczucia własnej wartości

9. Oczekiwania rodzica dziecka dotyczące pobytu na turnusie rehabilitacyjnym (zaznaczyć jedno najważniejsze)

ogólna poprawa sprawności psychofizycznej

nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych

rozwijanie zainteresowań

zabiegi fizjoterapeutyczne

10. Z jakiego rodzaju turnusu rehabilitacyjnego chciałby Pan/Pani skorzystać dla swojego dziecka (zaznaczyć max. 2 odpowiedzi)

usprawniająco -rekreacyjny

rekreacyjno-sportowy i sportowy

szkoleniowy

psychoterapeutyczny

rozwijający zainteresowania i uzdolnienia

nauki niezależnego funkcjonowania z niepełnosprawnością