

Zarządzenie nr 12.2020
z dnia 27.04.2020 r.

Zarządzenie nr 12.2020
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach
z dnia 27.04.2020 r.

w sprawie: zasad przyznawania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowań do zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny w 2020 r.

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. 2020 r. poz.426 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz. U.2015 r, poz.926 z późn. zm.), **zarządzam następująco:**

§1

W wyniku uzgodnień Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach i Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych, działającej przy Staroście Obornickim przyjmuje się zasady przyznawania w 2020 r. osobom niepełnosprawnym dofinansowań zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w ramach realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

§2

Wnioski o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny rozpatrywane są zgodnie z kolejnością złożenia, do wyczerpania przeznaczonych środków na ten cel.

Łączna wysokość środków przeznaczonych na realizację wniosków o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego w 2020 r. wynosi **15 000,00 zł.**

§3

Maksymalna wysokość dofinansowania zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w 2020 r. wynosi **do 50% ceny brutto tego sprzętu**, z zastrzeżeniem prawa do obniżenia kwoty dofinansowania po weryfikacji średniej wartości rynkowej.

§4

W rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny bierze się pod uwagę zaświadczenie lekarza specjalisty – zgodnie ze schorzeniem (według wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 do wniosku) – zawierające wskazanie sprzętu rehabilitacyjnego (nazwę sprzętu) i uzasadnienie w zakresie potrzeby prowadzenia przez osobę niepełnosprawną rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia w PCPR wniosku o dofinansowanie.

§5

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach przyjmuje w zakresie przedmiotowym dofinansowania, że sprzętem rehabilitacyjnym jest każdy sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych, mający za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby społecznej.

PCPR nie dofinansowuje zakupu sprzętu do hydroterapii (np. wanien z hydromasażem), łóżek masujących i foteli masujących (relaksacyjnych).

§6

Wzór wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny stanowi załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§7

Wykonanie Zarządzenia powierza się Pani Elizie Korzeniewskiej.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Obornikach

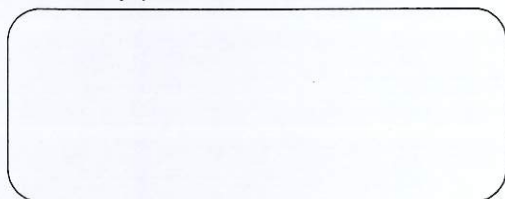
mgr Joanna Piasecka-Stabla

Radca prawny
Nr wpisu 12-2682/09

Piotr Płoszczyca

PCPR. 4113.

numer kolejny wniosku



.....
data wpływu wniosku do PCPR w Obornikach

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

WNIOSEK

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

A. Dane dotyczące Wnioskodawcy

Imię i nazwisko:				
Data urodzenia	Dowód osobisty seria nr	wydany w dniu	przez	
PESEL		NIP		
Nazwa banku		Nr rachunku bankowego		
Ulica/ Miejscowość	Nr posesji/lokalu	Kod pocztowy	Poczta	Gmina
Powiat	Województwo	Nr tel.: kier.	Nr tel.	Nr fax.

I.A. Stopień niepełnosprawności*

1. znaczny,	
2. inwalidzi I grupy,	
3. osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
4. osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny,	
5. osoby w wieku do lat 16 – stu z orzeczoną niepełnosprawnością	
6. umiarkowany,	
7. inwalidzi II grupy,	
8. osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
9. lekki,	
10. inwalidzi III grupy,	
11. osoby częściowo niezdolne do pracy,	
12. osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym nie przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
Ważność orzeczenia: stała okresowa do	

II.A. Rodzaj niepełnosprawności*

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja kończyn górnych	
4. dysfunkcja narządu wzroku	
5. dysfunkcja narządu słuchu	
6. dysfunkcja narządu mowy	
7. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
mózgowe porażenie dziecięce	
8. schorzenie układu oddechowego	
9. schorzenie układu krążenia	
10. schorzenie układu neurologicznego	
12. pozostałe schorzenia nie wymienione w poz. 1-11 (proszę wymienić)	

III.A. 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	

IV.A. Sytuacja mieszkaniowa* - zamieszkuje

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

V.A. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON*:		tak	nie	
Cel przyznanego dofinansowania (cel programu i/lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr zawartej umowy	Data przyznanego dofinansowania	Kwota przyznana	Stan rozliczenia
Razem:				

B. Informacje o przedmiocie wniosku

I.B. Cel dofinansowania

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

II.B. Krótkie uzasadnienie wniosku

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

III.B. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Lp.	Nazwa	Orientacyjna cena
.....		
.....		
.....		
Razem:		

IV.B. Miejsce realizacji zadania

.....				
Ulica/ Miejscowość	Nr posesji/lokalu	Kod pocztowy	Poczta	Gmina
.....				
Powiat	Województwo	Nr tel.: kier.	Nr tel.	Nr fax.

V.B. Wartość kosztorysowa zadania

A.	Przewidywany łączny koszt realizacji zadania zł.
B.	Własne środki przeznaczone na realizację zadania zł. (20 % ceny brutto przedmiotu dofinansowania)
C.	Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje - z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON) zł.
D.	Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON zł. (80% ceny brutto przedmiotu dofinansowania) kwota słownie:
Uwaga! Wnioskowana kwota dofinansowania (D) nie może być większa niż 80% kosztów tego sprzętu (A), nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.	

Załączniki wymagane do wniosku

L p.	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia
		(właściwe zaznaczyć)	<i>wypełnia PCPR</i>	
1.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik, a w przypadku dzieci do lat 16- stu kopia orzeczenia o niepełnosprawności.			
2.	Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.			
3.	Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, z uzasadnieniem potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych			
4.	Oświadczenie o wysokości dochodów Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.			
5.	Inne dokumenty a) Oferta cenowa / faktura pro forma b)			

Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem* /kosztem wykonania usługi*, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Oświadczam, że posiadam/ nie posiadam* zaległości wobec PFRON oraz że w ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku byłem(am)/ nie byłem(am)* stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

UWAGA!

Podanie przez wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą skutkuje przekazaniem wniosku do archiwum bez rozpatrzenia.

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88 poz. 553 z późn. zm.) w związku z art. 75 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz. U. z 2002r. Nr 98 poz. 1071 z późn. zm.) oświadczam, że informacje zawarte we wniosku oraz w załącznikach do wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

..... data	 podpis Wnioskodawcy* Przedstawiciela ustawowego* Opiekuna prawnego* Pełnomocnika*
---------------	---

* właściwe zaznaczyć

UWAGA !

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki części A i B, 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 rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

UWAGA !

Wypełnia Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

Imię i nazwisko				
Data urodzenia	Dowód osobisty seria nr	wydany w dniu	przez	
PESEL		NIP		
Nazwa banku		Nr rachunku bankowego		
Ulica/ Miejscowość	Nr posesji/lokalu	Kod pocztowy	Poczta	Gmina
Powiat	Województwo	Nr tel.: kier.	Nr tel.	Nr fax.
ustanowiony opiekunem* /pełnomocnikiem* (postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt* / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez z dn.)				

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku

.....

data podpis pracownika PCPR
w Obornikach

* właściwe zaznaczyć

I.C. Opinia komórki merytorycznej PCPR w Obornikach

[illegible]

Weryfikacja wniosku: pozytywna negatywna

Data weryfikacji wniosku: - -

Przyznana kwota dofinansowania do wysokości zł.,

/słownie: /

co stanowi % kosztu całkowitego sprzętu rehabilitacyjnego.

Oborniki, dnia

/pieczętka i podpis/

OŚWIADCZENIE o wysokości dochodów

dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach

- w celu dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Ja, niżej podpisany (a) zamieszkały (a):
/imię i nazwisko/

- ulica/miejscowość
nr domu, nr mieszkania, gm.

oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

	Imię Nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Średni miesięczny dochód rodziny*	Rodzaj dochodu
Dane dotyczące Wnioskodawcy:					
1.					
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
Razem:					

Oświadczam, że:

1. liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ;
2. średni miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi zł;
3. powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów;
4. w przypadku jakiegokolwiek zmiany dochodów przed podjęciem decyzji w sprawie wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, poinformuję o tym fakcie PCPR w Obornikach.

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88 poz. 553 z późn. zm.) w związku z art. 75 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz. U. z 2002r. Nr 98 poz. 1071 z późn. zm.) oświadczam, że dane przekazane przeze mnie dla potrzeb rozpatrzenia wniosku są zgodne ze stanem rzeczywistym. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

..... data.....
miejscowość

.....
podpis Wnioskodawcy* Przedstawiciela ustawowego*
Opiekuna prawnego* Pełnomocnika*

POUCZENIE* Średni miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdza się, że rodzaj niepełnosprawności Pana/i

zam.

zaliczonego/ej do osób niepełnosprawnych z powodu następujących dysfunkcji*

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak bądź też amputacja dłoni lub rąk	
inna dysfunkcja narządu ruchu	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia **	

kwalifikuje do ubiegania się o dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

.....
(nazwa sprzętu)

ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

W/w sprzęt rehabilitacyjny jest niezbędny do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, mający za zadanie osiągnięcie przez osobę niepełnosprawną możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania.

Krótki opis dysfunkcji:

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

.....
data, pieczęć i podpis lekarza specjalisty

* - zaznaczyć x w wolnym polu obok każdej występującej dysfunkcji
** - zaznaczyć w przypadku nie zaliczenia do żadnej z czterech grup

Ogólna klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO – informujemy, że:

1. Administratorami Pani/Pana danych osobowych są:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach z siedzibą przy ul.11 Listopada 2A, (64-600 Oborniki);

2. Inspektor Ochrony Danych

W sprawach ochrony Pani/Pana danych można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: e-mail iod@synergiaconsulting.pl pod numerem telefonu 500 610 605 lub pisemnie na adres siedziby Administratora;

3. Ogólne cele i podstawy przetwarzania

Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe przede wszystkim w celu realizacji; zadań własnych, zleconych, powierzonych określonych w:

- 1) ustawie z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych;
- 2) ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 3) ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- 4) ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- 5) ustawie z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie

Ogólne podstawy przetwarzania danych osobowych przez Administratora zawarte są w art. 6 ust. 1 lit a-f RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO.

Dokładne informacje o celach i podstawach prawnych przetwarzania danych osobowych są dostępne we wnioskach, zaświadczeniach dotyczących danej sprawy.

4. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane:

- 1) podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej z administratorem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. firmom informatycznym, hostingowym, prawniczym, audytorskim, firmom zajmującym się ochroną danych osobowych,
- 2) oprócz tego możemy zostać zobowiązani np. na podstawie przepisu prawa do udostępnienia Pana/Pani danych osobowych podmiotom prywatnym i publicznym

5. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny wynikający z przepisów dotyczących archiwizowania dokumentów obowiązujących u Administratora (Rzeczowy Wykaz Akt), w przypadku przetwarzania na podstawie zgody do czasu zrealizowania celu lub jej odwołania.

6. Posiada Pani/Pan prawo do;

- 1) dostępu do treści swoich danych na podstawie art. 15 RODO przy czym:
Prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych, które zostały zebrane w sposób pośredni (z innych źródeł) w pewnych okolicznościach będzie ograniczone tj. w sytuacjach gdy żądanie dostępu do Pani/Pana danych mogłoby wpłynąć na prawa i wolności osób od których dane pozyskano. Powyższe ograniczenie wynika z przepisów: ustawy – Kodeks postępowania administracyjnego.
W przypadku żądań dostępu do Pani/Pana danych osobowych w związku z zakończonymi postępowaniami w trybach ustawy – Prawo zamówień publicznych, w przypadkach gdy Pani/Pana żądanie wymagałoby niewspółmiernie dużego wysiłku by je zrealizować, Administrator ma prawo oczekiwać od Pani/Pana wskazania dodatkowych informacji mających w szczególności na celu sprecyzowanie nazwy lub daty zakończonego postępowania o udzielenie zamówienia
- 2) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe;
- 3) żądania usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO (z zastrzeżeniem ust 3 lit b i e);
- 4) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO,
- 5) ograniczenia przetwarzania na podstawie art. 18 RODO'

- 6) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

7. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych

W przypadkach gdy przetwarzanie danych wynika z przepisów prawa podanie przez Pani/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, nie podanie danych będzie skutkować brakiem rozpatrzenia sprawy. W pozostałych przypadkach jest dobrowolne.

8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany. jednak nie będzie to prowadziło do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym dane nie będą profilowane.

.....

podpis Wnioskodawcy