

Data wpływu:

Nr wniosku:

Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne
i środki pomocnicze

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:	☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie ☐ do rozliczenia dofinansowania ☐ do zawarcia umowy ☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku ☐ do złożenia wniosku ☐ inne

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ 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:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy

Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny 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 ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
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:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD**Czy osoba niepełnosprawna przebywa w DPS:**☐ Tak ☐ Nie ☐ Brak informacji**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**☐ indywidualne ☐ wspólne**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:****Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:****Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU****I. KOSZTY REALIZACJI**

Wnioskowana kwota dofinansowania nie może przekraczać całkowitego koszt zakupu pomniejszonego o dofinansowanie NFZ. Przykład: jeżeli aparat słuchowy kosztuje 4.000 zł a NFZ przyznał 700 zł, to maksymalna wnioskowana kwota dofinansowania może wynosić 3.300 zł. Dofinansowanie NFZ musi być większe od 0.

Przedmiot 1

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Przedmiot 2

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Przedmiot 3

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Całkowity koszt zakupu	
Dofinansowanie NFZ	
Udział własny wnioskodawcy	
Wnioskowana kwota dofinansowania	

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

☐ W kasie Starostwa

☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/uprzedzona 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.

Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z klauzulą informacyjną zgodnie z art. 13 i art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 24 kwietnia 2016 r. (RODO) (Dz. Urz. UE L 119 z 2016r.).

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lista	
1.	Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu)
2.	Faktura za zakup przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych wystawiona na osobę niepełnosprawną, dziecko niepełnosprawne, określająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, limit cenowy NFZ oraz kwotę udziału własnego (lub kosztorys, faktura proforma).
3.	Kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, potwierdzona za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie lub kopia karty zaopatrzenia wydanej przez NFZ.
4.	Dokumenty potwierdzające prawo wystąpienia w imieniu osoby niepełnosprawnej (opiekun prawny, pełnomocnik).
5.	Klauzula art. 13
6.	Klauzula art. 14 – w przypadku składania wniosku w imieniu Wnioskodawcy lub Pełnomocnika.
7.	Oświadczenie właściciela rachunku bankowego - jeśli dotyczy.

Informacje podawane w przypadku zbierania danych osobowych od osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 w zw. z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b 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, zw. dalej RODO informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Konopnickiej 3, 39-100 Ropczyce, e-mail: pcprropczyce@pcpr-ropczyce.pl, zwane dalej Administratorem, który prowadzi operacje przetwarzania danych osobowych.
2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych: e-mail: inspektor.odo@onet.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznania dofinansowania ze środków PFRON w ramach rehabilitacji społecznej, na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w zw. z art. 6 ust. 1 lit. c RODO, tj. *przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze* oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO przetwarzanie danych osobowych szczególnej kategorii jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora w zakresie ochrony socjalnej.
4. Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom: do Starostwa Powiatowego w Ropczycach, podmiotom IT u Administratora, organom kontroli.
5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Dane osobowe będą przechowywane nie dłużej, niż jest to niezbędne i w zakresie koniecznym do realizacji celów przetwarzania, tj. przez okres zgodny z obowiązującymi przepisami archiwalnymi - ustawą z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
7. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - 1) dostępu do treści swoich danych ich usunięcia, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - 2) przenoszenia danych,
 - 3) wniesienia skargi do organu nadzorczego - UODO ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji i nie podlegają profilowaniu.
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do podania swoich danych. Konsekwencją niepodania danych może być brak możliwości realizacji celu.