

Data wpływu:

Nr wniosku:

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu/ Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

 Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu/ Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu/ Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<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"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <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-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

**ŚREDNI DOCHÓD****Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**
 indywidualne    wspólne
**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: ..... zł.****Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....****KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON****Ze środków finansowych PFRON\*:**
 nie korzystałem  
 korzystałem
**CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON**

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU****I. KOSZTY REALIZACJI****Przedmiot 1**

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Kwota wnioskowana:	

**Przedmiot 2**

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Kwota wnioskowana:	

**Przedmiot 3**

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Kwota wnioskowana:	

**RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA**

Nazwa pola	Wartość
Całkowity koszt zakupu	
Dofinansowanie NFZ	
Udział własny wnioskodawcy	
Kwota wnioskowana:	

**II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię, nazwisko, adres):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

**Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE****OŚWIADCZENIE**

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

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r. poz. 2345.) - 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.**

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

	Kserokopia posiadanego orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia: o stopniu niepełnosprawności lub o zaliczeniu do jednej z trzech grup inwalidów lub o całkowitej/częściowej niezdolności do pracy/niezdolności do samodzielnej egzystencji, o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (wydane przed dniem 1 stycznia 1998r.) lub niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia – oryginał do wglądu.
	Kserokopia wypełnionego aktualnego zlecenia lekarskiego, poświadczona za zgodność z oryginałem, z podanym terminem realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.
	Faktura zakupu lub inny dokument potwierdzający zakup – zawierający całkowity koszt przedmiotu/usługi, kwotę udziału NFZ i kwotę udziału klienta bądź faktura pro-forma lub inna oferta cenowa określająca cenę nabycia, kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotę udziału własnego.
	Oświadczenie wnioskodawcy, klauzula informacyjna.
	Kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza (oryginał do wglądu) – o ile dotyczy.
	Zaświadczenie ze szkoły lub z uczelni w przypadku osób niepełnosprawnych w wieku 16-24 lat uczących się i niepracujących, które ubiegają się o dofinansowanie do aparatu słuchowego.
	Pełnomocnictwo do działania w imieniu mocodawcy w systemie SOW – o ile dotyczy.
	Odwołanie pełnomocnictwa do działania w imieniu mocodawcy w systemie SOW - o ile dotyczy.

## OŚWIADCZENIE

### Oświadczam, że:

1. Nie mam zaległości wobec PFRON oraz nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich/dziecka danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.
3. Oświadczam, że Wnioskodawca jest mieszkańcem Domu Pomocy Społecznej:  TAK  NIE

### Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Dofinansowanie będzie przyznane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu krośnieńskiego w danym roku i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
2. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnację należy zgłaszać do tutaj. PCPR.
3. Dofinansowaniu nie podlegają przedmioty zakupione przed dniem wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

**od 25 maja 2018 r. zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Krośnie (PCPR) jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krośnie reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą przy ul. Bieszczadzka 1, 38 - 400 Krosno, Dane kontaktowe: [sekretariat@pcprkrosno.pl](mailto:sekretariat@pcprkrosno.pl), tel.: 13 43 75732.
2. Dane kontaktowe do Inspektora ochrony danych osobowych: [inspektorodo@onet.pl](mailto:inspektorodo@onet.pl).
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zadań i obowiązków nałożonych na Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krośnie.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust 1 lit a, c i lit e, art. 9 ust. 2 lit. a, b, g RODO tj. wypełnienie obowiązków prawnych, realizacja umów lub zgoda osoby której dane dotyczą.
5. Odbiorcami danych osobowych w posiadaniu których jest/będzie PCPR mogą być wyłącznie podmioty i inne organy publiczne które posiadają dostęp do danych na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących.
6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Dane osobowe będą przechowywane wyłącznie przez okres do osiągnięcia celu przetwarzania oraz okres archiwizacji wymagany dla danej kategorii danych przez obowiązujące przepisy prawa.
8. Osoba, której dotyczą dane osobowe ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych jeżeli zachodzą przesłanki do tych uprawnień i nie są ograniczone poprzez inne przepisy prawne.
9. Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody przysługuje także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Osoba, której dotyczą dane osobowe ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna, że przetwarzanie danych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. W zależności od rodzaju załatwianej sprawy w PCPR podanie danych osobowych może być wymogiem ustawowym, warunkiem umownym, warunkiem zawarcia umowy, dobrowolnie wyrażoną zgodą.
12. W sytuacji gdy podanie danych jest obowiązkowe do załatwienia określonej kategorii spraw, konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości podjęcia skutecznych działań.
13. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również nie będą podlegały profilowaniu.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika)