

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:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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:
Numer orzeczenia:	
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
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"/> 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
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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<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:

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.

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:	

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
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**

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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
	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 tut. 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

Zgodnie z art. 13 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 (Dz.U.UE.L.2016.119.1), zwane dalej RODO

informuję, że:

- 1) Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krośnie reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą przy ul. Bieszczadzka 1, 38 - 400 Krosno, dane kontaktowe: sekretariat@pcprkrosno.pl, tel.: 13 43 75 732;
- 2) Inspektorem Ochrony Danych w PCPR jest Pan Jaromir Kranc. Jest to osoba, z którą można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych: e-mail: iodo@powiat.krosno.pl, tel: 13 43 75 831, pisemnie na adres siedziby Administratora;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:
 - a) obowiązku prawnego, który ciąży na Administratorze (art. 6 lit. c i 9 ust. 2 RODO) – w zakresie realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r., poz. 2268 ze zm.), ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r., poz. 573 ze zm.), ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r., poz. 2123 ze zm.),
 - b) zgody na przetwarzanie danych w jednym lub większej liczbie określonych celów (art. 6 lit. a RODO),
 - c) umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy (art. 6 lit. b RODO);
- 4) Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane innym organom publicznym i podmiotom przetwarzającym dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów (np. Sąd, Policja, Starostwo Powiatowe oraz poczcie w celu zapewnienia korespondencji i bankom w celu realizacji przelewów), a także podmiotom działającym na zlecenie administratora takim jak dostawcy usług informatycznych, przy czym zakres przetwarzania ograniczony jest wyłącznie do zakresu związanego z realizacją zadań w tych systemach;
- 5) osobom, których dane osobowe są przetwarzane przysługuje prawo do żądania od Administratora dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 6) w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ww. ogólnego rozporządzenia przysługuje Pani/Panu prawo złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa);
- 7) będziemy przechowywać Państwa dane osobowe do chwili załatwienia sprawy, w której zostały one zebrane a następnie w celach archiwalnych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz instrukcją kancelaryjną, jednolitym rzeczowym wykazem akt oraz instrukcją o organizacji i zakresie działania archiwum zakładowego obowiązującą w PCPR – przez czas określony w tych przepisach;
- 8) podanie danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa, w pozostałych przypadkach podawanie danych osobowych ma charakter dobrowolny;
- 9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

.....
(Miejscowość, data)

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