

Wniosek
Data wpływu:
Nr wniosku:

, Rehabilitacja społeczna – Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze



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:	
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	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**Czy OzN 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 WNISKOWANA

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	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**

Uprowadzony/uprowadzona 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.

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

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO ZŁOŻENIA WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu), w przypadku dzieci do lat 16 – kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
2.	Kopia dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (w przypadku składania wniosku przez opiekuna prawnego lub pełnomocnika) – oryginał do wglądu.
3.	Faktura (rachunek uproszczony) określająca kwotę opłaconą przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz uiszczoną kwotę udziału własnego wraz z kserokopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, potwierdzonego za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, albo - w przypadku gdy Wnioskodawca zamierza dokonać zakupu po otrzymaniu z PCPR decyzji przyznającej dofinansowanie - kosztorys wraz z kserokopią zlecenia lekarskiego na wydanie przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, z potwierdzoną przez Narodowy Fundusz Zdrowia i aktualną refundacją.
4.	Oświadczenie/zgoda – załącznik nr 1.
5.	Upoważnienie – w przypadku upoważnienia innej osoby do reprezentowania osoby niepełnosprawnej – załącznik nr 2.
6.	Oświadczenie dotyczące przetwarzania danych osobowych – w przypadku, gdy we wniosku podane są dane osobowe osoby innej niż wnioskodawca – załącznik nr 3.

Informujemy, że wniosek będzie realizowany za pośrednictwem elektronicznego Systemu Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON.

Klauzula informacyjna

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu, ul. Szaflarska 39, 34-400 Nowy Targ, kontakt mailowy pod adresem: pcpr@nowotarski.pl, reprezentowane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email: iod@nowotarski.org.pl

2. Administratorami danych osobowych przetwarzanych w Systemie SOW w tym danych osobowych użytkowników są:

1) PFRON – al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych powołanego w PFRON - adres poczty elektronicznej: iod@pfron.org.pl, adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu przy ul. Szaflarskiej 39, kontakt mailowy pod adresem: pcpr@nowotarski.pl, kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email: iod@nowotarski.org.pl

3. Dane osobowe przetwarzane są przez PFRON w celu zarządzania systemem SOW oraz realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym, w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO, jako że jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (z późn. zm.).

4. Dane osobowe przetwarzane są przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu w celu rozpoznania złożonego Wniosku, przyznania i przekazania dofinansowania oraz jego rozliczenia przez PFRON. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust.1 lit. c) RODO, jeśli jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz art. 9 ust.2 lit. b) RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (z późn. zm.).

5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w ust. 3 i 4, odbiorcami danych osobowych mogą być:

1) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PFRON przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest PFRON,

2) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.

6. Dane osobowe będą wykorzystywane przez okres niezbędny do realizacji obowiązków ciążących odrębnie na każdym z Administratorów zgodnie z ust. 3 i 4, a następnie archiwizowane przez okres wynikający z ustaleń poczynionych pomiędzy Administratorami a Archiwum Państwowym zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

7. W związku z przetwarzaniem danych osobowych nie będzie dochodziło do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

8. Osobie, której dane dotyczą, na zasadach określonych w RODO, przysługują następujące prawa w związku z przetwarzaniem jego danych osobowych:

1) prawo dostępu do danych, w tym uzyskania kopii danych,

2) prawo żądania sprostowania danych,

3) prawo do usunięcia danych, chyba że dalsze przetwarzanie danych jest niezbędne dla wywiązania się z obowiązku prawnego,

4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych,

5) prawo do przenoszenia danych w przypadku, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit b RODO i w sposób zautomatyzowany.

9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym jest również niezbędne do założenia Konta i procedowania wniosku w Systemie SOW. Odmowa podania danych będzie skutkowałą odmową założenia Konta w Systemie SOW i w konsekwencji uniemożliwi złożenie i realizację Wniosku o przyznanie pomocy.

10. Więcej informacji znajduje się na stronie www.pcpr.nowotarski.pl, www.pfron.org.pl oraz w siedzibie PCPR.

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

Ja, niżej podpisany/a oświadczam że:

- **nie ubiegam, nie ubiegałam/ubiegałem** się o dofinansowanie ze środków PFRON na cel, którego dotyczy niniejszy wniosek za pośrednictwem innego samorządu powiatowego.
- zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych,
- **wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych danych osobowych wymaganych do zarejestrowania i procedowania wniosku w Systemie SOW.

Zgoda jest wyrażana dobrowolnie i można ją wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Data:

.....
podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela
ustawowego, pełnomocnika, opiekuna prawnego

UPOWAŻNIENIE

Uzupełnić tylko w przypadku upoważnienia innej osoby do reprezentowania osoby
niepełnosprawnej.

Ja niżej podpisany/a
Adres zamieszkania
legitymujący/a się dowodem osobistym Seria Nr
wydanym przez

Upoważniam Pana/Panią

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
legitymującego/ą się dowodem osobistym Seria Nr
wydanym przez

do załatwienia formalności związanych z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków PFRON i odbioru przyznanej kwoty dofinansowania w ramach zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na odbiór informacji o terminie rozpatrzenia wniosku przez w/w upoważnioną osobę.

.....

(podpis osoby niepełnosprawnej)

.....

(podpis osoby upoważnionej)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w celu załatwienia formalności dotyczących dofinansowania i odbioru kwoty dofinansowania ze środków PFRON. Zgoda jest wyrażana dobrowolnie i można ją wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....

(podpis osoby upoważnionej)

*Niewłaściwe skreślić

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

**Uzupełnić tylko w przypadku, gdy we wniosku podane są dane osobowe osoby innej niż
wnioskodawca.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych moich danych osobowych wymaganych do zarejestrowania i procedowania wniosku w Systemie Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON

złożonego przez
Zgoda jest wyrażana dobrowolnie i można ją wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
(data i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)

Szczegółowe informacje dotyczące ochrony danych osobowych dostępne są na stronie internetowej PCPR (www.pcpr.nowotarski.pl, www.pfron.org.pl – zakładka ochrona danych osobowych) oraz w siedzibie jednostki.