

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 osoba niepełnosprawna przebywa w Domu Pomocy Społecznej:** Tak Nie Brak informacji**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:** indywidualne wspólne**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie osoby niepełnosprawnej obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku:****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 1.050 zł, to maksymalna wnioskowana kwota dofinansowania może wynosić 2.950 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	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

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 dodatkowych danych osobowych, tj. daty urodzenia, numeru telefonu, adresu e-mail w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych. 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.
- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- 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,
- nie ubiegam, nie ubiegałam/ubiegałem się o dofinansowanie ze środków PFRON na cel, którego dotyczy niniejszy wniosek za pośrednictwem innego samorządu powiatowego,
- zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Zgodnie z art. 13 i art. 14 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 (RODO), informujemy Pana/Panią, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu, al. Tysiąclecia 35, 34-400 Nowy Targ, kontakt mailowy pod adresem: pcpr@nowotarski.pl, reprezentowane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu.
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 al. Tysiąclecia 35, 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, art. 6 ust.1 lit. a RODO, art. 6 ust. 1 lit. b RODO, danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO, jak również 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. Jeżeli podstawą przetwarzania danych osobowych jest wyrażona przez Panią/Pana zgoda, może ona zostać wycofana w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem wcześniejszego przetwarzania danych.

7. 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.

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

9. 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 na podstawie art. 15 RODO,

2) prawo żądania sprostowania danych na podstawie art. 16 RODO,

3) prawo do usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO, chyba że dalsze przetwarzanie danych jest niezbędne dla wywiązania się z obowiązku prawnego,

4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 RODO,

5) prawo do przenoszenia danych na podstawie art. 20 RODO, w przypadku, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit b RODO i w sposób zautomatyzowany.

6) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora na podstawie art. 21 RODO.

10. Przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

11. 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.

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

<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 cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą 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 określający cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia i kwotą udziału własnego wraz z kserokopią zlecenia lekarskiego na wydanie przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego.
5.	Upoważnienie – w przypadku upoważnienia innej osoby do reprezentowania osoby niepełnosprawnej – załącznik nr 1.
6.	Oświadczenie dotyczące przetwarzania danych osobowych – w przypadku, gdy we wniosku podane są dane osobowe osoby innej niż wnioskodawca – załącznik nr 2.

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

UPOWAŻNIENIE

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

Upoważniam Pana/Panią

Imię i nazwisko
Zamieszkałego/a
legitymującego/a się dowodem osobistym Seria Nr
wydanym przez

do dokonywania w moim imieniu wszelkich czynności związanych z realizacją
złożonego przeze mnie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia
w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w tym do uzyskania informacji
w zakresie prowadzonego postępowania, składania i odbioru dokumentacji dotyczącej
przedmiotowego wniosku.

.....
(podpis osoby niepełnosprawnej)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Nowym Targu oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
powyższych danych osobowych w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków
PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

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.

Szczegółowe informacje dotyczące ochrony danych osobowych dostępne są na stronie
internetowej www.pcpr.nowotarski.pl, www.pfron.org.pl oraz w siedzibie jednostki.

.....
(podpis osoby upoważnionej)

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 tj. imienia i nazwiska, nazwy banku oraz numeru rachunku bankowego niezbędnych do realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

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.