

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

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
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 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	
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:	

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu

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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność.
2.	Faktura na zakupione przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze z wyszczególnieniem kwoty opłaconej przez Fundusz Zdrowia i kwotę udziału własnego.
3.	Kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona „za zgodność z oryginałem” przez realizującego zlecenie.
4.	Informacja o zasadach przetwarzania danych osobowych.

Ważne: jednostka udzielająca wsparcia może zobowiązać stronę do przedłożenia dodatkowej dokumentacji do wniosku potwierdzającej stan faktyczny.

Informacja dodatkowa – dokumenty dołączasz do wniosku w formie:

1. skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW (System Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON),
2. kopii – w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem dokumentów wymaganych w oryginale.

Informacja o zasadach przetwarzania danych osobowych - Dofinansowanie ze środków PFRON do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kędzierzynie-Koźlu z siedzibą przy ul. Skarbowej 4, 47-200 Kędzierzyn-Koźle, e-mail sekretariat@pcprkkozle.pl, nr. tel. (77) 483 33 23 (dalej: **Administrator**)
2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych może się Pan/Pani kontaktować również z wyznaczonym przez Administratora inspektorem ochrony danych:
 - a) pod adresem e-mail: inspektor@kancelaria-odo.pl
 - b) listownie: Inspektor ochrony danych, na adres siedziby Administratora
3. Pani/Pana dane przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
4. Pani/Pana dane osobowe w zakresie wynikającym z przepisu prawa przetwarzane będą w oparciu o art.6 ust. 1 lit c i lit e. RODO – w związku z art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Natomiast w pozostałym zakresie dane przetwarzane będą w oparciu o Pani/Pana zgodę - art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
5. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych, oraz nie będą stanowiły podstawy do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym opartego na profilowaniu.
6. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:
 - a) podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa,
 - b) podmiotom nadzorującym i kontrolującym działalność Administratora, jak również podmiotom świadczącym usługi na rzecz Administratora w oparciu o zawarte umowy powierzenia przetwarzania danych, w tym: podmiotom realizującym zadania z zakresu obsługi technicznej i serwisowej IT, kancelarii prawnej, podmiotom świadczącym usługi hostingowe, jak też operatorom pocztowym w zakresie niezbędnym do doręczenia korespondencji
 - c) do PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
7. Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres niezbędny do rozpatrzenia wniosku i udokumentowania zakończenia czynności w sprawie, tj. na podstawie przepisów prawa o archiwizacji dokumentów oraz, zgodnie z obowiązującą u Administratora instrukcją kancelaryjną.
8. W zakresie w jakim dane przetwarzane są w oparciu o zgodę posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a) dostępu do treści swoich danych i otrzymania ich kopii,
 - b) sprostowania danych,
 - c) usunięcia danych,
 - d) ograniczenia przetwarzania danych,
 - e) prawo do przenoszenia danych,
 - f) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku kiedy uzna Pani/Pan że dane przetwarzane są niezgodnie z prawem (na adres Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa)
10. Podanie przez Panią/Pana danych w zakresie wynikającym z przepisu prawa jest warunkiem koniecznym do ubiegania się o dofinansowanie do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, natomiast przekazanie przez Panią/Pana danych w oparciu o zgodę jest dobrowolne i nie ma wpływu na rozpatrzenie wniosku, przy czym może utrudnić kontakt z Panią/Panem w sprawie rozpatrzenia wniosku.

.....
data, imię i nazwisko

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kędzierzynie-Koźlu, oraz PFRON

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kędzierzynie-Koźlu, oraz udostępnienie danych do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w celu zrealizowania wniosku dotyczącego uzyskania dofinansowania ze środków PFRON. Jednocześnie potwierdzam zapoznanie się z informacją o zasadach przetwarzania danych, w związku z ubieganiem się o dofinansowanie.

.....
data, imię i nazwisko