

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****I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PODOPIECZNEGO☐ Nie dotyczy

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

DANE ADRESOWE

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA☐ Przedstawicielem ustawowym:☐ Opiekunem prawnym:

Nazwa pola	Wartość
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

☐ Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	
Z dnia:	
Repetytorium nr:	

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ Nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ Tak ☐ Nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
☐ Inna dysfunkcja narządu ruchu
☐ Dysfunkcja narządu wzroku
☐ Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
☐ Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
☐ Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
☐ Inny / jaki

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. KOSZTY REALIZACJI

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku:	

Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
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

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił:..... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....

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 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku - Kodeks Karny (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 roku, poz. 1950 z późniejszymi zmianami) - 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 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. 2019 poz. 1781 z późniejszymi zmianami).

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.

Załącznik nr 1 do formularza wniosku

Dotychczasowe korzystanie z dofinansowania ze środków PFRON przez Wnioskodawcę do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:**

Rodzaj i nazwa przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego	Rok otrzymania	Kod	Cena	Ilość

**** należy wypełnić w przypadku korzystania w przeszłości z dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**

Załączniki do wniosku:

1. Kopia (oryginał do wglądu) aktualnego dokumentu poświadczającego rodzaj i stopień niepełnosprawności.
2. Faktura/faktury określająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup/naprawę przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wystawiona na osobę niepełnosprawną, a w przypadku dziecka – na rodzica lub opiekuna z wyszczególnieniem:
 - a) całkowitego kosztu zakupu,
 - b) kwoty opłaconej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego,
 - c) kwoty udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup,
3. Kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.
4. Dokumenty potwierdzające wysokość miesięcznych dochodów netto Wnioskodawcy i osób wspólnie gospodarujących z Wnioskodawcą **za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**
5. Oświadczenia.

ADNOTACJE PRZYJMĄCEGO WNIOSEK

Potwierdzam dołączenie wymaganego kompletu dokumentów:

Lp	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak / nie*	Uzupełnienie tak / nie*	Data uzupełnienia
1.	Kopia aktualnego dokumentu poświadczającego rodzaj i stopień niepełnosprawności			
2.	Faktura określająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup/naprawę przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wystawiona na osobę niepełnosprawną. <u>W przypadku faktury pro-forma, ofertę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.</u>			
3.	Kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie			
4.	Dokument potwierdzający wysokość miesięcznych dochodów (netto) Wnioskodawcy i osób wspólnie gospodarujących z Wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku			
5.	Oświadczenia (załączniki nr.....)			
6.	Dane dotyczące numeru konta			

* wpisać właściwe

.....
data.....
imię i nazwisko
przyjmującego wniosek.....
podpis

Załącznik nr 3 do formularza wniosku

(wypełnia pracownik PCPR)

Poszczególne przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Rodzaj i nazwa przedmiotu ortopedycznego, środka pomocniczego	Pozycja limitu/numer rachunku	Cena zakupu	Udział NFZ	Udział własny	ilość	Kwota dofinansowania

DECYZJA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie podejmuje decyzję pozytywną/negatywną*

i przyznaje/nie przyznaje* środki PFRON w kwocie.....zł.,

(słownie złotych):.....

.....

na dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla Pani/Pana

.....

.....

data

.....

pieczęć PCPR

.....

pieczęć i podpis Dyrektora PCPR

*** niepotrzebne skreślić**

Załącznik nr 4 do formularza wniosku

Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

Ja niżej podpisany(a)
(imię i nazwisko)

zamieszkały(a)
(miejscowość)

ulicanr domu nr lokalu

oświadczam, że wraz razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Miesięczny dochód netto*
Dane dotyczące Wnioskodawcy:				
1.			-	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy - poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa Wnioskodawcy:				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
Razem:				

Oświadczam, że w okresie trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku średni miesięczny dochód netto* przypadający na jedną osobę w mojej rodzinie wyniósł:
.....złotych,

(słownie:.....)
.....)

Uwaga!

Do dochodu nie wlicza się świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku i dodatku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych

** średni miesięczny dochód pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych wraz ze składką na ubezpieczenie zdrowotne, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób oraz powiększony o kwotę otrzymywanych alimentów podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony **za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.***

Upředzony o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku - Kodeks karny (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 roku, poz. 1950 z późniejszymi zmianami) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Uwaga!:

W przypadku podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonywania przez PCPR płatności tych środków.

.....
(miejscowość i data)

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres

OŚWIADCZENIE

Zapoznany z treścią art. 233 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 roku poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam że:

1. Mam / nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i (byłem/am)/(nie byłem/am) w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.*
2. Oświadczam, że nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne za pośrednictwem innego samorządu powiatowego.
3. **Przyjmuję do wiadomości, że:**

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu koneckiego na rok 2020 i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.2. Dofinansowaniu nie podlegają przedmioty zakupione przed dniem wydania orzeczenia. |
|---|

.....
podpis wnioskodawcy

*niepotrzebne skreślić

.....
(miejscowość i data)

.....
.....
.....
(imię, nazwisko, adres)

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y..... proszę o przekazanie środków finansowych za środki pomocnicze, przedmioty ortopedyczne na konto moje/mojej/mojego.....

.....
(imię, nazwisko, adres)

nazwa banku i numer konta bankowego

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy*)

***opiekuna prawnego/pelnomocnika/przedstawiciela ustawowego**

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji wniosku zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. zwanym dalej „RODO”.

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich ul. Spółdzielcza 4, a podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne;
- 2) W sprawach związanych z Pani/a danymi proszę się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych. Dane do kontaktu z inspektorem ochrony danych osobowych w firmie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich, to: adres korespondencyjny 26-200 Końskie, ul. Spółdzielcza 3, adres e-mail: iod@koneckipcpr.pl, tel.41 372-84-06;
- 3) moje dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat (licząc od roku następującego po roku, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON) ustalonym na podstawie odrębnych przepisów;
- 4) posiadam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody (w przypadku jej wyrażenia), prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
- 5) przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego jeśli, moim zdaniem, przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO – Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
- 6) w razie konieczności moje dane mogą być udostępniane innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
- 7) moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane;
- 8) podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udzielenia wnioskowanego wsparcia,
- 9) podstawą przetwarzania moich danych jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO – w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, a podane dane będą przetwarzane w celu realizacji mojego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w oparciu RODO oraz Ustawę o ochronie danych osobowych z dn. 10.05.2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000);
- 10) Administrator nie może na podstawie niniejszej zgody przetwarzać powyższych danych w sposób naruszający moje dobre imię lub dobra osobiste, a także w zakresie i celu innym niż wskazane powyżej.

.....
(Data i czytelny podpis właściciela konta bankowego)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

- Stosownie do treści art. 6 ust. 1 lit. a 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oraz danych osobowych członków rodziny i osób najbliższych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym mojego wniosku.
- Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
- Znam treść klauzuli informacyjnej, w tym celu i sposobu przetwarzania danych osobowych oraz prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania oraz możliwości wycofania zgody w dowolnym momencie.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – Dz.Urz.Ue.L 2016 Nr 119, str.1 informuję, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**, reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą w Końskich przy ul. Spółdzielczej 3. Może się Pan/Pani z nami kontaktować poprzez numer telefonu **41 372-84-06** lub adres email: **sekretariat@koneckipcpr.pl**,
- 2) może się Pani/Pan skontaktować z naszym inspektorem danych osobowych pod numerem telefonu **41-372-84-06** bądź adresem e-mail: **iod@koneckipcpr.pl**,
- 3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych,
- 4) Dane osobowe przetwarzane są na podstawie:
 - a. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
 - b. ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
 - c. ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
 - d. ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.
- 5) Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione organom władzy na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom współpracującym z administratorem w zakresie obsługi administracyjnej, informatycznej, prawnej, księgowej,
- 6) przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wykonania obowiązków prawnych nałożonych na Administratora Danych,
- 7) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych,
- 8) Pani/Pana dane osobowe będą przez nas przetwarzane zgodnie z przepisami prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania i przechowywane zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzeń wykonawczych zgodnie z nadaną dokumentacji kategorią archiwalną,
- 9) Ma Pani/Pan prawo do:
 - a. żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
 - b. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;
 - c. przenoszenia swoich danych osobowych;
 - d. cofnięcia zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w dowolnym momencie;
 - e. wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 10) Podanie przez Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a ich nie podanie uniemożliwi wypełnienie obowiązku prawnego nałożonego na Administratora danych,
- 11) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.