

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

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
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	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
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	Wartość
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:
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

<p>Rodzaj niepełnosprawności:</p>	<p><input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe</p> <p><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne</p> <p><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba głucha</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema</p> <p><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba niewidoma</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma</p> <p><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych</p> <p><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja</p> <p><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia</p> <p><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego</p> <p><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego</p> <p><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne</p> <p><input type="checkbox"/> 11-I – inne</p> <p><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe</p>
<p>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:</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 przyczyny</p> <p><input type="checkbox"/> 3 przyczyny</p>

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****Przedmiot wniosku**

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA

Nazwa pola	Wartość
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	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

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.

1. Uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 kodeksu karnego za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach zadania, w szczególności z informacją, że dofinansowanie nie obejmuje refundacji kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.
3. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam(em) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie wymaganego udziału własnego na realizację dofinansowania.

Informacja odnośnie przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy:

Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, które dane osobowe będą przetwarzane oraz w jakim celu, i jakim sposobem, jest POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE w Wejherowie, ul. Sobieskiego 279A, e-mail: kancelaria@pcprwejherowo.pl, tel. 58 672 17 60. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, macie Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem ochrony danych na adres e-mail: rodo@pcprwejherowo.pl. Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w związku z realizacją obowiązków nałożonych przez ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. 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 powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w tym do wypełnienia obowiązków w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) i art. 9 ust. 2 lit. b) RODO. W przypadku dobrowolnego podania danych niewynikających z przepisów prawa podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda. Odbiorcami danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa. Są nimi również podmioty, które świadczą nam usługi. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji tj. przez 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek albo od końca roku, w którym nastąpiło przedawnienie ewentualnych roszczeń lub do dnia wycofania się ze zgody w przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody.

Ma Pani/Pan prawo do: ochrony swoich danych osobowych, żądania dostępu do nich oraz otrzymywania ich kopii, żądania sprostowania (poprawienia) swoich danych, żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych oraz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl). Ponadto, w odniesieniu do danych przetwarzanych na podstawie zgody macie Państwo prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie oraz żądania usunięcia danych, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofać się ze zgody można w formie wysłania żądania na nasz adres e-mail lub adres pocztowy. Konsekwencją wycofania się ze zgody będzie brak możliwości przetwarzania przez nas tych danych. Podanie danych wynikających z przepisów prawa jest obowiązkowe. Odmowa podania danych będzie skutkować brakiem realizacji wniosku.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

1. kopia **orzeczenia o niepełnosprawności** lub orzeczenia równoważnego;
 2. **faktura** określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup,
 3. **kopia zrealizowanego zlecenia (NFZ)** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i pomocnicze, (potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizowanego zlecenie np. sklep)
- lub**
2. **oferta (faktura pro-forma)** określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz terminem realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.
 3. **kopia zlecenia (NFZ)** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
 4. Uwierzytelnione pełnomocnictwo lub kserokopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.