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

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	**Wartość**
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	**Wartość**
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ 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:	☐ mężczyzna ☐ 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:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
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
Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 06-E – epilepsja ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego ☐ 10-N – choroby neurologiczne ☐ 11-I – inne ☐ 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:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

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 1

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

Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Przedmiot 2

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

Przedmiot 3

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.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, 1517.) - 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.

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności
2	Kopia zlecenia na zaopatrzenie we wnioskowany przedmiot, potwierdzona w NFZ
3	Faktura lub oferta cenowa wnioskowanego przedmiotu

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

Informacje dot. danych osobowych

w sytuacji ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON w tym: Aktywny Samorząd; Likwidacja barier: architektonicznych, komunikacyjnych, technicznych; Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze; Turnusy Rehabilitacyjne; Sprzęt Rehabilitacyjny; Sport, kultura, rekreacja i turystyka; Tłumacz języka migowego

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO informujemy, iż:

1. W związku z Pani/Pana wnioskiem o udzielenie dofinansowania ze środków PFRON mamy prawo przetwarzać dane osobowe Pani/Pana jak również Pani/Pana rodziny.
2. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kluczborku, której siedziba mieści się przy ul. Sienkiewicza 20B, 46-200 Kluczbork.
3. W jednostce powołano Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

KONTAKT DO INSPEKTORA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH:
Tel. 77 418 00 30, e-mail: dpo@pcprkluczbork.pl

4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest ustawa z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2018, poz. 511 ze zm.)
5. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON.
6. Odbiorcami danych osobowych będą: Starostwo Powiatowe w zakresie: imię i nazwisko, adres, kwota dofinansowania, nr konta bankowego, Komisja dokonująca oceny i wyboru wniosków do dofinasowań ze środków PFRON w zakresie: wiek, stan zdrowia, warunki mieszkaniowe, dochód.
7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z ustawy z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U z 2018, poz. 217 ze zm.) oraz rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy.
8. Przysługują Pani/Panu prawa: do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, do przenoszenia danych.
9. Jeśli uważasz, że przetwarzanie przez Centrum danych osobowych jest niezgodne z RODO, wówczas przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, który jest organem nadzorczym.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Jednak brak tych danych uniemożliwi podjęcie przez Centrum dalszych kroków w celu realizacji wniosku.

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższymi informacjami .....

Data i podpis

Załącznik 2 do wniosku o dofinansowanie
ze środków PFRON do zaopatrzenia w przedmioty
ortopedyczne i środki pomocnicze.

Oświadczenie

1. Oświadczam, że nie posiadam zobowiązań wobec PFRON, jak również w ciągu trzech lat przed złożeniem niniejszego wniosku nie byłam/byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z moich przyczyn.

2. W przypadku ujawnienia przez PCPR zatajenia lub podania przeze mnie danych niezgodnych ze stanem faktycznym – kwotę przyznanego dofinansowania zobowiązuję się zwrócić zgodnie ze wskazaniami PCPR.

.....
Data i podpis