

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

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:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> 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:	
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:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
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
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Numer orzeczenia	

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

Przedmiot

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot / y wniosku:	
Numer zlecenia/ ó:	
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:	

Przekazem pocztowym

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, 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 § 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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

LISTA

- 1) Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy.
- 2) Faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup.
- 3) Oferta (faktura proforma) określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego.
- 4) Kopia zlecenia NFZ na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem.
- 5) Kserokopia dokumentu /ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym /podopiecznymi - o ile dotyczy.
- 6) Zaświadczenie ze szkoły młodzieży uczącej się i niepracującej od 16 do 24 roku życia (zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki - o ile dotyczy).
- 7) Oświadczenie dotyczące przekazania środków pieniężnych.
- 8) KLAUZULA INFORMACYJNA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W GORZOWIE WLKP.

DOŁĄCZONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

L.p	LISTA
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gorzowie Wlkp. reprezentowane przez Dyrektora, siedziba Administratora znajduje się na ul. J. Pankiewicza 5-7, 66-400 Gorzów Wlkp. tel. 957 330 458, e-mail: pcpr@powiatgorzowski.pl.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej finansowane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz akty wykonawcze wydane na jej podstawie, tj. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych, Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej. W zakresie zawieranych umów o charakterze cywilnoprawnym, podstawę przetwarzania danych osobowych dodatkowo stanowi art. 6 ust. 1 lit. b RODO.
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 5 lat.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 6) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.
- 9) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa. Do odbiorców danych należą: operator pocztowy – Poczta Polska S.A., Bank obsługujący rachunki PCPR, osoby świadczące usługi księgowe na rzecz PCPR, osoby świadczące na rzecz PCPR pomoc prawną, operator poczty elektronicznej – Strefa.pl oraz dostawca usługi ePUAP – Minister Cyfryzacji z/s w Warszawie.