

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

ROLA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ we własnym imieniu ☐ jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego ☐ jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego (dotyczy wyłącznie osób częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionych)
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć	☐ mężczyzna ☐ kobieta
ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Powiat: / Gmina	PRZEMYSKI /
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	Do uzupełnienia
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:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	

Nr domu: Nr lokalu	
Kod pocztowy: Poczta	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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 z pomocą 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

Czy osoba niepełnosprawna przebywa w DPS:

☐ Tak ☐ Nie ☐ brak informacji

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

☐ indywidualne ☐ wspólne

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

Oświadczam, że ja bądź moi członkowie rodziny pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym posiadają gospodarstwo rolne **tak / nie o powierzchni..... ha przeliczeniowych i osiągają z tego tytułu miesięczny dochód netto w kwocie.....zł**

Łączny dochód członków wspólnego gospodarstwa domowego (wraz z dochodem z pola).....zł

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

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 1

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Przedmiot 2

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Przedmiot 3

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku:	
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):	
Adres zamieszkania:	
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**

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/pełnomocnika /opiekuna prawnego

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1	Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (grupie inwalidzkiej) lub orzeczenia o niepełnosprawności w przypadku dzieci do 16 roku życia .
2	Faktura za zakup przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego określająca kwotę opłaconą przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz kwotę udziału własnego wraz z potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopią zrealizowanego zlecenia lekarza
3	Kopia zlecenia lekarza na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia oraz kwotę opłaconą przez NFZ i kwotę udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia do realizacji.
4	Kserokopia pełnomocnictwa o wyznaczeniu pełnomocnika lub postanowienia sądu o ubezwłasnowolnieniu i wyznaczeniu opiekuna prawnego,
5	Klauzula informacyjna

Klauzula informacyjna

Na podstawie art.13 ust.1 i ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679z 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 z dnia 27 kwietnia 2016r.(Dz. Urz. UE Nr 119).

informuję, że:

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest :
**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przemyślu, Plac Dominikański 3, 37-700 Przemyśl
tel. 16 675 00 11, adres mailowy pcpr@powiat.przemysl.pl**
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przemyślu jest wyznaczony **inspektor ochrony danych, z którym skontaktować się można :**
adres mailowy : merit.inspektor.rod@gmail.com, lub tel. 502 575 101
3. Pana/i dane osobowe przetwarzane są w celu:
rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów zgodnie z art. 35a ust. 1 pkt. 7 lit. c ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych
4. Dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane przez okres :
10 pełnych lat kalendarzowych, liczonych od zakończenia sprawy zgodnie z kategorią archiwalną określającą czasookres przechowywania akt sprawy w archiwum zakładowym
6. Posiada Pan/i prawo do:
dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania.
7. Ma Pan/i prawo **wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych Pana/i dotyczących naruszałoby przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.**
8. Podanie danych osobowych jest : **nieodzownym wymogiem ustawowym ubiegania się o uzyskanie dofinansowania**
9. Konsekwencją niepodania danych będzie: **pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.**

Zapoznałem/łam się z treścią niniejszej klauzuli informacyjnej.

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
czytelny podpis

lub

imię i nazwisko rodzica, opiekuna prawnego, pełnomocnika.....

.....
czytelny podpis