

Zarządzenie nr 46/2020
Dyrektora Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Wołominie
z dnia 31 grudnia 2020 r.

w sprawie zmiany Zarządzenia nr 33/2020 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 16.11.2020 r. w sprawie: określenia Zasad postępowania przy przyznawaniu dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz wzorów wniosków i formularzy związanych z realizacją zadań z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych.

Na podstawie § 9 ust. 1 pkt 12 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, wprowadzonego Uchwałą Nr VI-252/2019 Zarządu Powiatu Wołomińskiego z dnia 2 października 2019 oraz wprowadzonych zmian do regulaminu Uchwałą Nr VI-241/2020 Zarządu Powiatu Wołomińskiego z dnia 6 sierpnia 2020 r., w związku z art. 35a ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.), oraz na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 926, z późn. zm.) zarządzam, co następuje:

§ 1

Zmienia się §2 ust. 9 Zarządzenia nr 33/2020 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 16.11.2020 r. w sprawie: określenia Zasad postępowania przy przyznawaniu dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz wzorów wniosków i formularzy związanych z realizacją zadań z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych, w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

RADCA PRAWNY
Juliana Kapalska

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Agata Kędzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie

Maciej Burakowski


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 Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	
Z dnia:	
Repetitorium 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

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 1**

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

Wnioskowana kwota dofinansowania:	
Udział własny wnioskodawcy	

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH Przedmiot 1

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

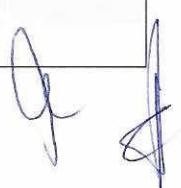
I. KOSZTY REALIZACJI Przedmiot 2

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

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH Przedmiot 2

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

I. KOSZTY REALIZACJI

Przedmiot 3

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

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przedmiot 3

- 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

RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA

Nazwa pola	Wartość
Całkowity koszt zakupu	
Dofinansowanie NFZ	
Wnioskowana kwota dofinansowania	
Udział własny wnioskodawcy	

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.

Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.) - 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

KLAUZULA INFORMACYJNA
dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

W celu realizacji obowiązku wynikającego z art. 13 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 (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami

Administrator danych osobowych

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Legionów 78,05-200 Wołomin zwany dalej Administratorem.

Inspektor Ochrony Danych

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: sekretariat@pcprwolomin.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora Danych Osobowych.

Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Przetwarzanie Pana/i danych osobowych odbywa się

- a) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. a tj. udzielonej przez Pana/i zgody na udział w postępowaniu w sprawie ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- b) Na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj.:
 - Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 lutego 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2020 poz. 426)
 - Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U z 2015 poz. 926)

Odbiorcy danych osobowych

Pani/a dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) Właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Administratora Danych Osobowych

Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):

Administrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa, lub do czasu odwołania zgody.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Panu/i prawo żądania od Administratora danych osobowych dostępu do swoich danych osobowych, prawo do sprostowania (poprawienia), usunięcia danych jednakże z ograniczeniem tego prawa w myśl art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych (wstrzymania operacji na danych lub nieusuwania danych w zależności od złożonego wniosku), prawo do przenoszenia danych osobowych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania państwa danych na potrzeby marketingu bezpośredniego. W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się poprzez kanały komunikacji wskazane w pkt. Administrator danych osobowych

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Może Pan/i również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

Zgoda

W przypadku, gdy wykorzystywane przez nas Państwa dane nie są konieczne do realizacji obowiązku prawnego lub nie stanowi Naszego prawnie uzasadnionego interesu przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, w zakresie w jakim Pana/i dane osobowe są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

Czy podanie danych jest obowiązkowe?

Przetwarzanie pozyskanych od Pana/i danych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych uniemożliwi Panu/i dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

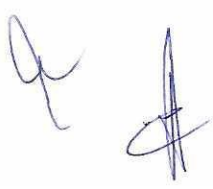
Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pana/i dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zapoznałem/am się z jej treścią.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela
ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika)



**Oświadczenie
Korzystanie ze środków finansowych
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

1. Wniosek składam na powyższe zadanie:

(wstaw X we właściwej rubryce)

		Dane zgodne z programem TYLDA <i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>
1. po raz pierwszy		
2. po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania		
3. po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie		

2. Korzystanie ze środków:

(wstaw X we właściwej rubryce)

	TAK korzystano			NIE korzystano	Dane zgodne z programem TYLDA <i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>
	rok	Nr umowy	kwota		
na likwidację barier architektonicznych					
na likwidację barier technicznych					
na likwidację barier w komunikowaniu					
na uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym					
na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych					
na zakup sprzętu rehabilitacyjnego					
na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika					
z Programu Aktywny Samorząd					

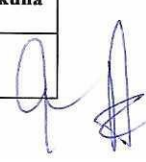
3. Stan rozliczenia:

(wstaw X we właściwej rubryce)

		Dane zgodne z programem TYLDA <i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>
1. korzystałam/em i rozliczyłam/em się		
2. korzystałam/em i jestem w trakcie rozliczenia		
3. korzystałam/em i nie rozliczyłam/em się		

podpis pracownika PCPR

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika



**Skala punktowa rozpatrywania wniosków
o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**

		Liczba punktów	Przyznane punkty
Wniosek składany jest na dany cel			
1.	po raz pierwszy	8	
2.	po raz drugi i kolejny i nie otrzymywał dofinansowania	8	
3.	po raz drugi i kolejny i otrzymywał dofinansowanie	0	
Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik			
1.	Orzeczenie o niepełnosprawności (dzieci do 16 lat)	8	
2.	znaczny	8	
3.	umiarkowany	4	
4.	lekki	1	
Ilość symboli niepełnosprawności			
1.	Jeden symbol niepełnosprawności	1	
2.	Dwa symbole niepełnosprawności	2	
3.	Trzy symbole niepełnosprawności	3	
Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje			
1.	samotnie	8	
2.	wspólnie	4	
Średni dochód miesięczny w rodzinie			
1.	do 700,00 zł	8	
2.	od 701,00 - do 1.400,00 zł	6	
3.	od 1401,00 do 2100,00 zł	4	
4.	powyżej 2100,00 zł	2	
Średni dochód miesięczny dla osoby samotnej			
1.	do 1100,00 zł	8	
2.	od 1101,00 do 1800,00 zł	6	
3.	od 1801,00 do 2500,00 zł	4	
4.	powyżej 2500,00 zł	2	
Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			
1.	nie korzystał	8	
2.	korzystał ze środków Funduszu na inne zadania, niż będące przedmiotem wniosku	4	
3.	korzystał na to samo zadanie	0	
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW			

Ocena wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON

Data weryfikacji formalnej wniosku:	/ 20..... r.	
Weryfikacja formalna wniosku:	<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia:	<input type="checkbox"/> - tak	<input type="checkbox"/> - nie	
Uzupełniono w dniu/ 20..... r.			

pieczętka imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

Data, podpis



OCENA FORMALNA I MERYTORYCZNA WNIOSKU

o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

	Liczba punktów ogółem	Całkowita kwota proponowanego dofinansowania <i>(w złotych)</i>
..... Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku

Decyzja o przyznaniu dofinansowania

Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:	Proponowana kwota dofinansowania <i>(w złotych)</i>	Decyzja:
.....	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Pieczętka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji
.....	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Pieczętka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji
.....	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Pieczętka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji
.....	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Pieczętka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji
.....	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> Pieczętka imienna, data, podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.
data

.....
podpisy osób podejmujących decyzje

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW - PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

(Załączniki wymagane do wniosku- wypełnia PCPR)

Nr sprawy.....

Lp.	Nazwa załącznika	Załączniki złożone w dniu przyjęcia wniosku TAK/NIE	Data uzupełnienia
1.	kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności,		
2.	kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekuna prawnego,		
3.	kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne/środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, lub kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne/środki pomocnicze w przypadku faktury Pro-Forma,		
4.	faktura Pro-Forma lub faktura VAT za zakupione przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze wystawiona na Wnioskodawcę, wyszczególniająca kwotę opłaconą przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotę udziału własnego osoby niepełnosprawnej,		
5.	oświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających miesiąc, w którym składany jest wniosek,		
6.	oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych,		
7.	oświadczenie o korzystaniu ze środków finansowych PFRON,		
8.	sprawdzenie poprawnie obliczonego dochodu.		

pieczętka imienna pracownika PCPR przyjmującego wniosek

data, podpis: