

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:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	

<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	

<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	

<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<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
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

### ŚREDNI DOCHÓD

**Czy osoba z niepełnosprawnością przebywa w DPS:**

TAK    NIE    Brak informacji

**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

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 nr 1

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przedmiot wniosku:</b>	
<b>Numer zlecenia:</b>	

<b>Całkowity koszt zakupu:</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ:</b>	
<b>Udział własny wnioskodawcy:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania:</b>	

### Przedmiot nr 2

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przedmiot wniosku:</b>	
<b>Numer zlecenia:</b>	
<b>Całkowity koszt zakupu:</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ:</b>	
<b>Udział własny wnioskodawcy:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania:</b>	

### Przedmiot nr 3

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przedmiot wniosku:</b>	
<b>Numer zlecenia:</b>	
<b>Całkowity koszt zakupu:</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ:</b>	
<b>Udział własny wnioskodawcy:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania:</b>	

**RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Całkowity koszt zakupu</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ</b>	
<b>Udział własny wnioskodawcy</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania</b>	

**II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

- 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.

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

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

W celu realizacji obowiązku wynikającego z art. 13 i 14 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 Pani/Pana lub dziecka/podopiecznego \*danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, ul. Wileńska 29A, 05-200 Wołomin, reprezentowane przez Dyrektora.

**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: [iod@pcprwołomin.pl](mailto:iod@pcprwołomin.pl) lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

**Cele i podstawa prawna przetwarzania danych**

Przetwarzanie Pani/Pana lub dziecka/podopiecznego \* danych osobowych odbywa się

a) na podstawie z art. 6 ust.1 lit. c - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa tj.:

- art. 35 a ust. 1 pkt 7 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2021 poz. 573)
- paragraf 2 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/Pana lub dziecka/podopiecznego\* 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 lub dziecka/podopiecznego \*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 tj. okres przechowywania danych obejmuje okres konieczny do rozliczenia przyznanego dofinansowania oraz okres konieczny do ustalenia prawa do jego przyznania.

**Prawa osoby, której dane dotyczą**

**W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego\* danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:**

- dostępu do treści danych;
- sprostowania (poprawiania) danych, w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
- ograniczenia przetwarzania danych;
- przenoszenia danych;
- sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym)..

**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.

**Czy podanie danych jest obowiązkowe?**



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

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**

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

\* *właściwe podkreślić*

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

Lp.	Plik
1.	kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności, w przypadku orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym – kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego
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

**UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

Lp.	Plik

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**

Lista