

Data wpływu:	
Nr wniosku:	

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Dworcowa 2, 63-200 Jarocin
tel. (62) 503 37 33



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

Imię:		Drugie imię:	
Nazwisko:			
PESEL:		Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta		

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość:		Ulica:	
Nr domu:		Nr lokalu:	
Kod pocztowy:		Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś		
Nr telefonu:		Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Miejscowość:		Ulica:	
Nr domu:		Nr lokalu:	
Kod pocztowy:		Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Imię:		Drugie imię:	
Nazwisko:			
PESEL:		Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta		

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Miejscowość:		Ulica:	
Nr domu:		Nr lokalu:	
Kod pocztowy:		Poczta:	
Nr telefonu:		Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś		

Przedstawiciel ustawowy Opiekun prawny

Postanowieniem Sądu Rejonowego:		z dnia:	
Sygnatura akt:			

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Imię i nazwisko:			
Repetitorium nr:		z dnia:	

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak		<input type="checkbox"/> nie	
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny	<input type="checkbox"/> Umiarkowany	<input type="checkbox"/> Lekki	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo		<input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:	
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			
Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U, <input type="checkbox"/> 02-P, <input type="checkbox"/> 03-L: <input type="checkbox"/> osoba głucha, <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema, <input type="checkbox"/> 04-O: <input type="checkbox"/> osoba niewidoma, <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma, <input type="checkbox"/> 05-R : <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, <input type="checkbox"/> 07-S, <input type="checkbox"/> 08-T, <input type="checkbox"/> 09-M, <input type="checkbox"/> 10-N, <input type="checkbox"/> 11-I, <input type="checkbox"/> 12-C			
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności):	<input type="checkbox"/> tak		<input type="checkbox"/> nie	
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny		<input type="checkbox"/> 3 przyczyny	

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:	<input type="checkbox"/> indywidualne	<input type="checkbox"/> wspólne
Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:		
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:		

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Ze środków finansowych PFRON w ciągu ostatnich 3 lat: nie korzystałem korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. KOSZTY REALIZACJI

Nazwa przedmiotu	Ilość	Limit NFZ	Refundacja NFZ	Udział własny	Za okres	Kwota dofinansowania Wypełnia PCPR
					RAZEM	

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

- 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.

Uprowadzony/uprowadzona 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

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE	
1.	kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność,
2.	faktura, rachunek lub proforma za zakup przedmiotów ortopedycznych/środków pomocniczych uwzględniający udział NFZ i kwotę udziału własnego osoby niepełnosprawnej,
3.	kopie przyjętego do realizacji (pierwsze 3 strony) lub zrealizowanego zlecenia (5 stron) na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne/ środki pomocnicze potwierdzone za zgodność przez Świadczeniodawcę,
4.	dokument stanowiący opiekę prawną – jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną,
5.	zaświadczenie o uczęszczaniu przez dziecko do przedszkola/szkoły/uczelni.

WYPEŁNIA PCPR

Przyznano/nie przyznano Pani/Panu dofinansowanie w kwocie zł

słownie: zł

na zakup/naprawę przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych.

.....
data

.....
pieczęć i podpis Dyrektora PCPR

Informacja

o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Jarocinie*

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jarocinie, dalej PCPR Jarocin. Dane teled adresowe: ul. Dworcowa 2, 63-200 Jarocin, tel.: 62 505 46 06, e-mail: pcpr@pcprjarocin.pl
- 2) Funkcję Inspektora Ochrony Danych Osobowych pełni dr n. prawnych Bartosz Mendyk. Z Inspektorem można się kontaktować pod adresem iod@powiat-jarocinski.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu weryfikacji i przyznania dofinansowania na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 4) Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych realizowane będzie na podstawie prawnej określonej przez art. 6 ust. 1 lit. c) lub art. 9 ust. 2 lit. b) RODO i wynikać będzie z przepisów prawa określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz innych aktach prawnych określających zadania i obowiązki do realizacji przez PCPR. Administrator nie planuje dalej przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.
- 5) Kategorie przetwarzanych danych osobowych: dane zwykłe (imię i nazwisko, adres, PESEL), szczególne kategorie (wrażliwe) informacje o stanie zdrowia.
- 6) Dostęp do Pani/Pana danych osobowych znajdujących się w PCPR Jarocin posiadają wyłącznie upoważnieni pracownicy i tylko w zakresie niezbędnym do realizacji obowiązków służbowych. Odbiorcami mogą być inne instytucje publiczne, w szczególności Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i tylko na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.
- 7) Pani/Pana dane osobowe pozyskiwane mogą być z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 8) Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami kancelaryjno – archiwalnymi obowiązującymi w PCPR Jarocin zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach tj. 10 lat.
- 9) Posiada Pani/Pan prawo (żądania):
 - dostępu do swoich danych,
 - w dowolnej chwili wycofać zgodę w tak łatwy sposób, jak jej udzielono,
 - do sprostowania (poprawiania) danych,
 - do ograniczenia przetwarzania danych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.Zakres Pani/Pana praw (żądań) jest ograniczony i wynika z obowiązków nałożonych przez przepisy prawa na administratora.
- 10) Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym profilowane.
- 11) Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
- 12) W przypadku kiedy Pani/Pan podajecie swoje dane osobowe do przetwarzania w celu przyznania dofinansowania na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze podanie danych jest obowiązkowe, a niepodanie danych spowoduje odmowę rozpatrzenia wniosku.

* Obowiązek informacyjny wobec osób, które dane dotyczą, wynika z art. 13 Rozporządzenie 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 (RODO)