POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE
w Nowym Tomyślu

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**
ul. Poznańska 30, 64-300 Nowy Tomyśl
tel. 61 44 26 773, www.pcprnt.pl
e-mail: pcpr@powiatnowotomyski.pl

| | |
|---|---|
| **Data wpływu:** | |

| | |
|---|---|
| **Nr sprawy:** | ZRWOP.702._____ |

# 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<br>☐jako rodzic<br>☐jako opiekun prawny<br>☐jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br>☐na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie<br>☐na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie |
| **Postanowieniem Sądu:** | |
| **Z dnia:** | |
| **Sygnatura akt:** | |
| **Imię i nazwisko notariusza:** | |
| **Repertorium nr:** | |
| **Zakres pełnomocnictwa:** | ☐pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br>☐do rozliczenia dofinansowania<br>☐do zawarcia umowy<br>☐do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br>☐do złożenia wniosku<br>☐inne |

| I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY | |
|---|---|
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Imię:** | |
| **Drugie imię:** | |
| **Nazwisko:** | |
| **PESEL:** | |
| **Data urodzenia:** | |
| **Płeć:** | ☐ mężczyzna ☐ kobieta |

| ADRES ZAMIESZKANIA | |
|---|---|
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **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 |
|---|---|
| **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** |
| **Miejscowość:** | |
| **Ulica:** | |
| **Nr domu:** | |
| **Nr lokalu:** | |
| **Kod pocztowy:** | |
| **Poczta:** | |
| **Nr telefonu:** | |
| **Adres e-mail:** | |
| **Rodzaj miejscowości:** | ☐ miasto ☐ wieś |

| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | |
|---|---|
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:** | ☐ Tak<br>☐ Nie dotyczy |
| **Stopień niepełnosprawności:** | ☐ Znaczny<br>☐ Umiarkowany<br>☐ Lekki<br>☐ Nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | ☐ bezterminowo<br>☐ okresowo – do dnia: ……..…….. |
| **Numer orzeczenia:** | |
| **Grupa inwalidzka:** | ☐ I grupa<br>☐ II grupa<br>☐ III grupa<br>☐ nie dotyczy |

| | |
|---|---|
| **Niezdolność:** | □ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br>□ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br>□ Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br>□ Osoby częściowo niezdolne do pracy<br>□ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br>□ Nie dotyczy |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | □ 01-U – upośledzenie umysłowe<br>□ 02-P – choroby psychiczne<br>□ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br>□ osoba głucha<br>□ osoba głuchoniema<br>□ 04-O – narząd wzroku<br>□ osoba niewidoma<br>□ osoba głuchoniewidoma<br>□ 05-R – narząd ruchu<br>□ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br>□ dysfunkcja obu kończyn górnych<br>□ 06-E – epilepsja<br>□ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br>□ 08-T – choroby układu pokarmowego<br>□ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br>□ 10-N – choroby neurologiczne<br>□ 11-I – inne<br>□ 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<br>□ Nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | □ 2 przyczyny<br>□ 3 przyczyny |

## ŚREDNI DOCHÓD

**Czy OzN przebywa w DPS:**
□ tak □ nie □ brak informacji

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

□ indywidualne □ wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**
Oświadczam, że średni 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:** …….

# 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:** | |
| **Numer zlecenia:** | |
| **Całkowity koszt zakupu:** | |
| **Dofinansowanie NFZ:** | |
| **Udział własny wnioskodawcy:** | |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania:** | |

| Przedmiot 2 | |
|---|---|
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Przedmiot wniosku:** | |
| **Numer zlecenia:** | |
| **Całkowity koszt zakupu:** | |
| **Dofinansowanie NFZ:** | |
| **Udział własny wnioskodawcy:** | |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania:** | |

| Przedmiot 3 | |
|---|---|
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Przedmiot wniosku:** | |
| **Numer zlecenia:** | |
| **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):** | |
| **Nazwa banku:** | |
| **Nr rachunku bankowego:** | |

□ W kasie Banku Spółdzielczego
□ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

# Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

## OŚWIADCZENIA

1. 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.
2. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. 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.
3. Przyjmuję do wiadomości, że wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z PFRON na dany rok.
4. Nie posiadam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/byłam stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, która była rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
5. Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

## WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA TYLKO W PRZYPADKU ODBIORU ŚRODKÓW W KASIE BANKU SPÓŁDZIELCZEGO

Oświadczam, że:

☐ odbioru dofinansowania dokonam osobiście,

☐ upoważniam Panią/Pana ……, nr tel. ……

PESEL __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ do odbioru przyznanego dofinansowania.

| Miejscowość | Data | podpis Wnioskodawcy*, pełnomocnika*, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego* |
|---|---|---|
| | | |

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Nazwa |
|---|---|
| 1. | Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia), oryginał do wglądu. |
| 2. | Kopia zaświadczenia o ustanowieniu opiekuna prawnego lub pełnomocnictwa (jeżeli dotyczy). |
| 3. | Faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. |
| 4. | Kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji (o ile dotyczy). |

## WYJAŚNIENIA

1. Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, uwzględnia się wszystkie dochody w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych.
2. Średni miesięczny dochód netto to przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.
3. Zgodnie z art. 66 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w sprawach nieunormowanych przepisami ustawy stosuje się: Kodeks postępowania administracyjnego, Kodeks cywilny oraz Kodeks pracy.
4. Na podstawie art. 75 §1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego - jako dowód należy dopuścić wszystko, co może przyczynić się do wyjaśnienia sprawy, a nie jest sprzeczne z prawem. W szczególności dowodem mogą być dokumenty, zeznania świadków, opinie biegłych oraz oględziny.

## ZAWIADOMIENIE

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu informuje, że z dniem złożenia wniosku w tut. Centrum zostaje wszczęte postępowanie w sprawie rozpatrzenia wniosku dotyczącego zaopatrzenia osoby niepełnosprawnej w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

## POUCZENIE

1. Stronom przysługuje prawo wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, w godzinach pracy tut. Centrum, tj. od poniedziałku do piątku, od 7.30 do 15.30, jednak nie jest obowiązkowe.

2. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej, o każdej zmianie swego adresu. W razie zaniedbania obowiązku określonego wyżej doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
3. Tryb rozpatrzenia wniosku regulują przepisy: ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

## KLAUZULA INFORMACYJNA - RODO

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO), obowiązującego od 25 maja 2018 r., informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu, ul. Poznańska 30, 64-300 Nowy Tomyśl. Kontakt z administratorem jest możliwy także za pomocą adresu mailowego: pcpr@powiatnowotomyski.pl
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Aleksandra Cnota-Mikołajec. Kontakt z inspektorem jest możliwy za pomocą adresów mailowych: aleksandra@eduodo.pl lub iod@eduodo.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON o zapatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawy z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych oraz ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:
   a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działających na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
   b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z administratorem przetwarzają jego dane osobowe,
   c) podmioty realizujące zadania Administratora Danych Osobowych, takie jak: operator pocztowy, bank, dostawca oprogramowania dziedzinowego.
2. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3. W przypadkach, w których wymagają tego przepisy ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach - przez czas określony w tych przepisach.
3. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
4. Ma Pani/Pan prawo żądania od Administratora:
   a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich pierwszej kopii,
   b) do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
   c) do usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 17 RODO oraz art. 18 RODO,
   d) do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na zasadach opisanych w art. 21 RODO,
   e) do przenoszenia danych, zgodnie z art. 20 RODO,
   f) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

W celu skorzystania oraz uzyskania informacji dotyczących praw określonych powyżej (lit. a-f) należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych.

5. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00- 93 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, a od 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
6. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami jest obligatoryjne. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpoczęcia wypełniania obowiązku prawnego leżącego na Administratorze Danych Osobowych.
7. Państwa dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.