

**Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych zakupu przedmiotów ortopedycznych  
i środków pomocniczych**

Do wniosku należy dołączyć: **(oryginały do wglądu)**

- **kopia aktualnego orzeczenia** o stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej, niezdolności do pracy, w przypadku dzieci do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (wydane przed dniem 01 stycznia 1998r.),
- **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, albo.
- **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.
- **zaświadczenia o dochodach netto** wszystkich osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe (aktualne za ostatnie trzy miesiące poprzedzające miesiąc złożenia wniosku),
- **zgodna na przetwarzanie danych osobowych** (wzór stanowi załącznik nr 1 do wniosku).

**UWAGA:**

**We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ...”**

**Wnioski rozpatrywane są wyłącznie kompletne i prawidłowo wypełnione, według kolejności napływania, do momentu wyczerpania środków PFRON na dany rok kalendarzowy.**

**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:           |         |
| Nazwisko:       |         |
| PESEL:          |         |
| Data urodzenia: |         |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

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

**II. DANE OPIEKUNA**

Nie dotyczy

| Nazwa pola | Wartość |
|------------|---------|
| Imię:      |         |
| Nazwisko:  |         |

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>PESEL:</b>          |  |
| <b>Data urodzenia:</b> |  |

### DANE ADRESOWE

| Nazwa pola           | Wartość |
|----------------------|---------|
| <b>Ulica:</b>        |         |
| <b>Nr domu:</b>      |         |
| <b>Nr lokalu:</b>    |         |
| <b>Miejscowość:</b>  |         |
| <b>Kod pocztowy:</b> |         |
| <b>Poczta:</b>       |         |
| <b>Nr telefonu:</b>  |         |
| <b>Adres e-mail:</b> |         |

### OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

- Przedstawicielem ustawowym
- Opiekunem prawnym:

| Nazwa pola                             | Wartość |
|--|---------|
| <b>Postanowieniem Sądu Rejonowego:</b> |         |
| <b>Z dnia:</b>                         |         |
| <b>Sygnatura akt:</b>                  |         |

- Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

| Nazwa pola              | Wartość |
|-------------------------|---------|
| <b>Imię i nazwisko:</b> |         |
| <b>Z dnia:</b>          |         |
| <b>Repetitorium nr:</b> |         |

### III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola  | Wartość   |
|---|---|
| <b>Stopień niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>  | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy   |
| <b>Niezdolność:</b>   | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| <b>Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> Tak<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |

### Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

#### I. KOSZTY REALIZACJI

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

## II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

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

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

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.

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.

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, 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.**

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 (Dz.U. 2019 poz. 1781).

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

## ZGODA NA PRZETWARZANIE NUMERU TELEFONU

Wyrażam/nie wyrażam zgody na wykorzystanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie ul. Słowiańska 13, 67-200 Głogów, numeru telefonu w celach kontaktowych związanych ze złożonym wnioskiem.

.....  
*Data, podpis osoby składającej wniosek*

## INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO), informujemy że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie, ul. Słowiańska 13, 67-200 Głogów, reprezentowana przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie.
2. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD): [iodo@amt24.biz](mailto:iodo@amt24.biz), tel: 76 300 01 40.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia złożonego wniosku oraz w celach kontaktowych związanych z w/w wnioskiem.
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 pkt 1 lit. c RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Rozporządzenie 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, ustawa z dnia 14 czerwca 1960r. – Kodeks Postępowania Administracyjnego, a także art. 6 pkt 1 lit a RODO – osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów – zgoda dotyczy numeru telefonu lub adresu e-mail.
5. Odbiorca lub kategorie odbiorców: Podmioty upoważnione na podstawie zawartych umów powierzenia oraz uprawnione na mocy obowiązujących przepisów prawa.
6. Dane przetwarzane będą przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
7. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
8. Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody dotyczącej numeru telefonu lub adresu e-mail w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Ma Pani/pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-913 Warszawa.
10. Podanie danych jest wymogiem ustawowym i niezbędnym do rozpatrzenia wniosku
11. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku.

## Wypełnia PCPR

### **Adnotacje Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie:**

1. Wartość przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego:.....
2. Limit cenowy NFZ.....
3. Refundacja NFZ.....
4. Udział własny wnioskodawcy.....
5. Maksymalna wysokość dofinansowania PCPR.....

Wniosek został sprawdzony pod względem merytorycznym, formalnym i rachunkowym.

.....  
*data*

.....  
*podpis pracownika*

### **DECYZJA PCPR O PRYZNANIU DOFINANSOWANIA**

Kwota przyznanego dofinansowania (refundacji).....

(słownie:.....)

Data rozpatrzenia wniosku:.....

.....  
*data*

.....  
*pieczęć i podpis Dyrektora PCPR*