**Nr wniosku:…………………………...**



**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Nr telefonu / adres e-mail:** |  |
|  | **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu / nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy i poczta:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE** **PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w przypadku dzieci oraz dorosłych nieposiadających zdolności do czynności prawnych)** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Nr telefonu / adres e-mail:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | * **tak** * **nie** |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * **Znaczny** * **Umiarkowany** * **Lekki** * **Nie dotyczy** |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * **Na stałe** * **Okresowo – do dnia ………………………………………..** |
| **Grupa inwalidzka:** | * **I grupa** * **II grupa** * **III grupa** * **nie dotyczy** |
| **Niezdolność:** | * **Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji** * **Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny** * **Osoby całkowicie niezdolne do pracy** * **Osoby częściowo niezdolne do pracy** * **Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym** * **Nie dotyczy** |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | * **01-U – upośledzenie umysłowe** * **02-P – choroby psychiczne** * **03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu** * **osoba głucha** * **osoba głuchoniema** * **04-O – narząd wzroku** * **osoba niewidoma** * **osoba głuchoniewidoma** * **05-R – narząd ruchu** * **wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy**   **pomocy wózka inwalidzkiego**   * **dysfunkcja obu kończyn górnych** * **06-E – epilepsja** * **07-S – choroby układu oddechowego i krążenia** * **08-T – choroby układu pokarmowego** * **09-M – choroby układu moczowo-płciowego** * **10-N – choroby neurologiczne** * **11-I – inne** * **12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe** |

# ŚREDNI DOCHÓD

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym …………………………………………..

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

# Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa pola** |  | **Wartość** |
| **Przedmiot wniosku:** |  |  |
| **Całkowity koszt zakupu:** |  |  |
| **Dofinansowanie NFZ:** |  |  |
| **Udział własny wnioskodawcy:** |  |  |

## 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:** |  |

* Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

**Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

## OŚWIADCZENIE

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 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.

3. Przyjmuję do wiadomości, że administratorem zebranych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ustrzykach Dolnych.

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

5. Oświadczam, iż nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Nie byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

6. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

7. Potwierdzam zgodność zakupionego sprzętu ze sprzętem wskazanym w fakturze.

8. Oświadczam ze zapoznałem/am się z treścią Klauzuli RODO.

**Klauzula RODO**

Na podstawie art. 13 RODO Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ustrzykach Dolnych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ustrzykach Dolnych, z siedzibą w Ustrzykach Dolnych, ul. Bełska 22, 38-700 Ustrzyki Dolne, tel. 13 471 25 30, e-mail: pcpr@bieszczadzki.pl.

2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Ustrzykach Dolnych został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować listownie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych ul. Bełska 22, 38-700 Ustrzyki dolne; telefon kontaktowy: 13 471 25 32, e-mail: rsroka@bieszczadzki.pl.

3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

5. Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

6. Przysługuje Państwu: prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii, prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych, prawo do usunięcia danych osobowych, prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

7. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

8. Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w ustawie z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.

2. Faktura określającą 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 **(pełne zlecenie, sekcje I-IV)**, albo

3. Kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia do momentu przyjęcia go do realizacji.

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

**Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

Decyzją PCPR w Ustrzykach Dolnych zostało przyznane dofinansowanie ze środków PFRON na zakup przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych………………………………………………..………….

W wysokości : ……………………………..

…………………….. …..….…………………………………………

**Data** **Pieczęć i podpis Dyrektora PCPR**