**Data wpływu:**

## WNIOSEKo dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu RehabilitacjiOsób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedycznei środki pomocnicze

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

#### ROLA WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** |  we własnym imieniu jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie |
| **Postanowieniem Sądu:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Sygnatura akt:** |  |
| **Imię i nazwisko notariusza:** |  |
| **Repertorium nr:** |  |
| **Zakres pełnomocnictwa:** |  pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie do rozliczenia dofinansowania do zawarcia umowy do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku do złożenia wniosku inne |

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  kobieta  mężczyzna |

##### ADRES ZAMIESZKANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu / nr lokalu** |  |
| **Kod pocztowy i poczta** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** |  miasto  wieś |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

##### ADRES KORESPONDENCYJNY

|  |
| --- |
|  Taki sam jak adres zamieszkania |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu / nr lokalu** |  |
| **Kod pocztowy i poczta** |  |

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  kobieta  mężczyzna |
|  Taki sam jak adres zamieszkania Wnioskodawcy |

##### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu / nr lokalu** |  |
| **Kod pocztowy i poczta** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** |  miasto  wieś |

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** |  tak nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** |  znaczny umiarkowany lekki nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** |  bezterminowo 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 |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** |  2 przyczyny 3 przyczyny |

### ŚREDNI DOCHÓD

1. **Czy osoba niepełnosprawna przebywa w DPS:**
2. c Tak c Nie c Brak informacji
3. **Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**
4. c indywidualne c wspólne
5. **Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: ……………………………..**
6. **Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ……………………….**

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**

### I KOSZTY REALIZACJI

Wnioskowana kwota dofinansowania nie może przekraczać całkowitego kosztu zakupu pomniejszego o dofinansowanie NFZ. Przykład: jeżeli aparat słuchowy kosztuje 4.000 zł a NFZ przyznał 1050,00 zł., to maksymalna wnioskowana kwota dofinansowania może wynieść 2950,00 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:** |  |

#### Przedmiot 4

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

#### Przedmiot 5

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

#### Przedmiot 6

|  |  |
| --- | --- |
| 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 lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności) Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi (np. w przypadku faktury PRO – FORMA) |

Czy posiada Pan/Pani adres do e-doręczeń? Tak  Nie

**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 nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.Oświadczam, że o udzielenie wsparcia w zakresie objętym wnioskiem nie ubiegam się na terenie innej jednostki samorządu terytorialnego (powiatu).Oświadczam, że w ciągu trzech lat poprzedzających złożenie wniosku nie byłam/em stroną żadnej umowy o dofinansowanie ze środków PFRON , która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie, w szczególności wynikających z niewłaściwie zrealizowanych lub nierozliczonych umów dofinansowań.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.Adres podany we wniosku jest moim stałym miejscem zamieszkania.***Oświadczam, że orzeczenie o niepełnosprawności/ o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważne), złożone do wniosku jest prawomocne i ostateczne oraz że nie wniesiono odwołania od niniejszego orzeczenia*****Przyjmuję do wiadomości, że:**1. Złożenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu brzozowskiego w danym roku kalendarzowym i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.3. Dofinansowaniu nie podlegają przedmioty zakupione przed dniem wydania orzeczenia.4. Wnioski będą rozpatrywane po otrzymaniu przez powiat środków z PFRON.5. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnację należy niezwłocznie zgłaszać do tut. PCPR.6. Nieusunięcie ewentualnych uchybień we wniosku w wyznaczonym przez PCPR terminie tj. 30 dni, skutkować będzie pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.**Klauzula informacyjna RODO**Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych *Tożsamość administratora*Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.*Dane kontaktowe administratora*Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.*Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych*Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.*Cele przetwarzania*Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.*Podstawa prawna przetwarzania*RODO - 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, zwane dalej „RODO”.Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.*Okres, przez który dane będą przechowywane*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.*Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe*Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.Prawa podmiotów danych Przysługuje Państwu prawo:* 1. na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
	2. na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
	3. na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
	4. na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
	5. na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
	6. art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

*Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego*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.Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danychPodanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

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

 |

### WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Plik** |
| 1. | Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art.5 lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu 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 wydane przed dniem 1 stycznia 1998r (oryginał do wglądu). |
| 2. | **PO ZAKUPIE** przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego:1. **Faktura/faktury**; określające cenę nabycia przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego wystawioną na wnioskodawcę (osobę niepełnosprawną), rodzica lub przedstawiciela ustawowego ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku małoletniego dziecka) lub opiekuna prawnego ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej) z wyszczególnieniem:* + 1. **ceny brutto** zakupionego przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego,
		2. **kwoty opłaconej przez NFZ,**
		3. **kwoty udziału własnego** osoby niepełnosprawnej lub jej rodzica/opiekuna prawnego

**Formy zapłaty – przelew z odroczonym terminem płatności nie krótszym niż 14 dni od daty wystawienia faktury (w przypadku zaświadczeń), natomiast w przypadku dokonania zapłaty – informacja „zapłacono” (np. gotówką) lub dowód wpłaty,**2. potwierdzona za zgodność z oryginałem, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne. **albo PRZED ZAKUPEM** przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego:1. **ofertę/fakturę pro forma**; określające cenę nabycia przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego wystawioną na wnioskodawcę (osobę niepełnosprawną), rodzica lub przedstawiciela ustawowego ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku małoletniego dziecka) lub opiekuna prawnego ze wskazaniem osoby, której dotyczy zakup (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej)z wyszczególnieniem:1. **ceny nabycia**
2. **kwoty opłaconej przez NFZ**
3. **kwoty udziału własnego**

**oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.,**2. potwierdzona za zgodność z oryginałem kopię zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne; z przyjęciem go do realizacji. |
| 3. | Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym w przypadku wniosku dot. osoby niepełnosprawnej w imieniu, której występuje opiekun prawny/pełnomocnik. |
| 4. | Zaświadczenie ze szkoły lub z uczelni w przypadku osób niepełnosprawnych w wieku 16-24 lat uczących się i niepracujących. |