

Data wpływu:

Nr wniosku:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
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

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
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 – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <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 – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 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:	<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:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. KOSZTY REALIZACJI

Przedmiot 1

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Przedmiot 2

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Przedmiot 3

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

RAZEM KWOTA WNISKOWANA

Nazwa pola	Wartość
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	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

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.

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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne
2.	Potwierdzona za zgodność przez sprzedawcę kopia zrealizowanego zlecenia NFZ albo kopia zlecenia w przypadku oferty cenowej
3.	Faktura(y) określająca(e) kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego albo oferta określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz termin realizacji zlecenia
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym lub pełnomocnictwa notarialnego
5.	Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych
6.	Zgoda – oświadczenie o udostępnieniu konta bankowego osoby wskazanej przez Wnioskodawcę

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

Wniosek kompletny:

tak nie

Dzierżoniów

.....
/podpis pracownika weryfikującego wniosek/

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DLA KLIENTA

Imię i nazwisko

Adres:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy –niepotrzebne skreślić):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

w celach związanych z realizacją zadań Powiatu dot. wspierania osób niepełnosprawnych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Oświadczam, że:

- a) zostałam/em poinformowana/y, że udzielona zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych może zostać odwołana w dowolnym momencie za pomocą poczty elektronicznej, za pośrednictwem operatora pocztowego lub osobiście w sekretariacie tutejszego Centrum. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,
- b) zostałam/em poinformowana/y, iż Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Dzierżonowie nie może na podstawie niniejszej zgody przetwarzać powyższych danych w sposób naruszający moje dobre imię lub dobra osobiste, a także w zakresie i celu innym niż wskazane powyżej,
- c) zostałam/em poinformowana/y, że wyrażenie niniejszej zgody nie zwalnia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Dzierżonowie z obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa co do zabezpieczenia przetwarzanych danych oraz ich legalnego przetwarzania,
- d) zostałam/em poinformowana/y, że Administratorem moich danych osobowych jest także Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **a szczególnie zasady przetwarzania danych osobowych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zamieszczone są pod adresem: <https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/>.**

.....
/miejsowość, data, czytelny podpis wnioskodawcy/

Dzierżonów,

.....
Imię i Nazwisko

ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE RACHUNKU BANKOWEGO

Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)

udzielam zgody Administratorowi Danych, na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych: imię i nazwisko, adres zamieszkania, nazwa banku i numer rachunku bankowego dla niezbędnych potrzeb realizacji ustawowych zadań.

Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem/am/ się z klauzulą informacyjną.

.....
(data, podpis)

KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) – dalej RODO, informujemy o zasadach przetwarzania danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżonowie a także o przysługujących im z tego tytułu prawach na podstawie przepisów prawa, zawartych umów i udzielonej zgody, informuję, że:

1. Administratorem przetwarzającym Pani/Pana dane osobowe jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżonowie ul. Piastowska 1, tel. 74 833 98 95, fax. 74 833 98 96 e-mail: pcpr@pcprdzierzoniow.pl

2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych; Dzierżonów ul. Piastowska 1, tel. 74 833 98 95, e-mail: inspektordanychosobowych@pcprdzierzoniow.pl

3. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie RODO – w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

4. Administrator przetwarza Państwa dane osobowe w celu/celach:

a) wypełniania wszystkich obowiązków prawnych ciążących na Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżonowie,

b) realizacji umów zawartych ze zleceniobiorcami, kontrahentami,

c) w pozostałych przypadkach dane osobowe klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżonowie przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i w celu określonym w treści zgody.

5. Podanie danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżonowie jest obowiązkowe w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.

6. W przypadku, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, czyli zgody na przetwarzanie danych osobowych, klientom Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżonowie przysługuje prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem z obowiązującym prawem.

7. Podane przez klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżonowie dane osobowe są przetwarzane w formie papierowej i elektronicznej (systemy informatyczne Administratora).

8. Odbiorcami danych mogą być inne organy i instytucje na mocy przepisów prawa.

9. Dane osobowe podlegają okresowemu przeglądowi i są przechowywane wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji zadań wynikających z przepisów prawa.

10. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych,;

Z uprawnień tych możesz skorzystać:

- w odniesieniu do żądania sprostowania danych: gdy zauważy Pani/Pan, że dane są nieprawidłowe lub niekompletne;

Wniosek Rehabilitacja społeczna – Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

- w odniesieniu do żądania usunięcia danych: gdy Pani/Pana dane nie będą już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane;
- cofnie Pani/Pan swoją zgodę na przetwarzanie danych; gdy zgłoszony zostanie sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych;
- w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa, gdy Pani/Pana dane będą przetwarzane niezgodnie z prawem; lub dane powinny być usunięte,
- w odniesieniu do żądania ograniczenia przetwarzania danych: gdy zauważy Pani/Pan, że dane są nieprawidłowe –możesz żądać ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych na okres pozwalający nam sprawdzić prawidłowość tych danych;

11. Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, jeżeli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie narusza przepisy RODO.

12. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

13. W przypadku, kiedy Pani/Pani będą podlegały automatycznemu przetwarzaniu (profilowaniu), którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO. Zostanie Pan/Pani poproszona o wyrażenie na to zgody.

14. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi przepisami powszechnie obowiązującymi.

.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę, aby środki finansowe przyznane w ramach dofinansowania zaopatrzenia przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zostały przesłane na konto:

Imię i nazwisko

Adres

nazwa banku i nr konta

.....