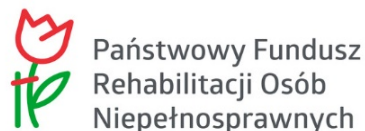


Nr wniosku PCPR.731.....2024
Nr sprawy: PCPR.....
Data wpływu:
L.dz..... <i>wypełnia PCPR</i>



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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Ulica:	
Nr domu/ Nr lokalu	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

DANE OPIEKUNA USTAWOWEGO/PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA NOTARIALNEGO	
<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
DANE ADRESOWE	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Ulica:	
Nr domu/Nr lokalu	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu/ Adres e-mail:	

OPIEKUN USTANOWIONY

- Przedstawicielem ustawowym
 Opiekunem prawnym

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

- Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię i nazwisko:	
Z dnia:	
Repetitorium nr:	

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
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
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

KOSZTY REALIZACJI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku:	
Całkowity koszt zakupu:	
Refundacja NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

FORMA PRZEKAZANIA DOFINANSOWANIA

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	_____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Konto Wykonawcy/Sprzedawcy 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:

Oświadczam, że mam/nie mam* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz byłem(łam)/nie byłem(łam)* w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie z Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku innych niż wymienione w § 11 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określania rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, dla celów złożonego wniosku

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego wniosku.

Świadoma/my odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych - art. 233 Kk oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Jestem osobą niepełnosprawną w wieku 18-24 lat uczącą się i niepracującą: Tak Nie

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

<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

*niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu).
2. Rachunek lub oryginał faktury zakupu przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego określający kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego wraz z kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie,
albo
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 od momentu przyjęcia go do realizacji.
3. Dokument potwierdzający pełnienie funkcji opiekuna prawnego.
4. Zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki - dotyczy osób uczących się od 18 do 24 roku życia.

PRZY SKŁADANIU WNIOSKU NALEŻY OKAZAĆ DO WGLĄDU (na żądanie pracownika):

1. Dowód osobisty.
2. Akt urodzenia dziecka - w przypadku gdy przedstawiciel ustawowy posiada inne nazwisko niż niepełnoletnia osoba niepełnosprawna - Nr aktu
3. Dokument notarialny potwierdzający pełnomocnictwo.
4. Dokumenty uzasadniające wysokość dochodów (netto) wszystkich członków pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z ostatniego kwartału przed złożeniem wniosku (do weryfikacji dochodu).

Wypełnia PCPR:

Koszt całkowity.....

Refundacja NFZ.....

Udział Wnioskodawcy.....w tym: PFRON.....

pozostała kwota udziału własnego.....

Wniosek rozpatrzono pozytywnie/negatywnie

Przyznano kwotę dofinansowania w wysokości:

słownie:.....

.....
(pieczętka i podpis Dyrektora)

Lista wypłat Nr..... poz. z dnia.....

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Gdańskim, ul. Warszawska 28A, 82-100 Nowy Dwór Gdański, NIP: 5791833442, REGON: 191831780.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pan(ni) się skontaktować w sprawach ochrony Pana(ni) danych osobowych i realizacji swoich praw pod następującym adresem poczty elektronicznej: iod@pcprndg.pl lub pisemnie na adres Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Gdańskim, ul. Warszawska 28A, 82-100 Nowy Dwór Gdański.
3. Pana(ni) dane osobowe przetwarzane będą w celu:
 - a. zawarcia i realizacji umowy – zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy oraz zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. b RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej.
 - b. spełnienia ciążących na Administratorze Danych Osobowych obowiązków prawnych, w celach księgowych i podatkowych, itp. – zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
 - c. w pozostałych przypadkach na podstawie udzielonej zgody - zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
4. Podanie danych w celu realizacji obowiązków prawnych jest obligatoryjne, w pozostałych przypadkach dobrowolne.
5. Odbiorcami Pana(ni) danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym dane zostają udostępnione w celu realizacji umowy np. dostawy.
6. Administrator Danych Osobowych nie przewiduje przekazywania Pana(ni) danych do państw trzecich, ani organizacji międzynarodowej w rozumieniu RODO.
7. Pana(ni) dane osobowe będą przetwarzane, przez okres wymagany literą prawa, w szczególności Ustawy z dnia 14 lipca 1983 roku o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. 1983 nr 38 poz. 173 z późn. zm.), a także Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U. 2011 nr 14 poz.67).
8. W odniesieniu do Pana(ni) danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, ani nie będą profilowane.
9. Wobec Administratora Danych Osobowych Posiada Pan(ni) prawo do:
 - żądania dostępu do danych – w granicach art. 15 RODO,
 - ich sprostowania – w granicach art. 16 RODO,
 - żądania usunięcia – w granicach art. 17 RODO,
 - lub ograniczenia czynności przetwarzania – w granicach art. 18 RODO,
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w granicach art. 21 RODO,
 - przenoszenia danych, w tym uzyskania ich kopii – w granicach art. 20 RODO.
10. Przysługuje Panu(ni) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
11. Szczegółowe informacje na temat Ochrony Danych zamieszczamy w Polityce Prywatności dostępnej na naszej stronie www.pcprndg.pl