

Data wpływu:

Nr wniosku: PCPR.643.....2022



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

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
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	☐ mężczyzna ☐ kobieta
-------------	---

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY
☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	

PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
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:
Numer orzeczenia:	
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

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**

Wnioskowana kwota dofinansowania nie może przekraczać całkowitego koszt zakupu pomniejszonego o dofinansowanie NFZ. Przykład: jeżeli aparat słuchowy kosztuje 4.000 zł a NFZ przyznał 700 zł, to maksymalna wnioskowana kwota dofinansowania może wynosić 3.300 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:	

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

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 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.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

1. Kopia/skan orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, a w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczenie o niepełnosprawności.
2. Dokument stanowiący opiekę prawną - jeżeli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną.
3. Pełnomocnictwo notarialne - jeżeli wnioskodawca występuje z wnioskiem przez pełnomocnika.
4. Kopia/skan faktury określającej cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzeniem za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
5. Kopię 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.
6. Druk upoważnienia do odbioru dofinansowania w kasie Starostwa Powiatowego w Przasnyszu.
7. Druk upoważnienia do przelania dofinansowania na rachunek bankowy osoby wskazanej przez wnioskodawcę.

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Powiat Przasnyski, w imieniu, którego występuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych Wnioskodawcy, którego reprezentuję, tj. danych kontaktowych oraz numeru rachunku bankowego, zawartych przez administratora tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, adres: ul. B. Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz, w niniejszym wniosku, i /lub upoważnieniu do wypłaty w kasie lub przelewem bankowym, w celu kontaktu telefonicznego, e-mailowego oraz wypłaty dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

Obowiązek informacyjny o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

Zgodnie z art. 13 ust 1 i ust. 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 - RODO), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych i przysługujących prawach.

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu jest Dyrektor dane kontaktowe Administratora Danych Osobowych: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, ul. B. Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz tel. 29 752-51-73 lub 29 691-17-46 wew. 16, tel. 511 951 468.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu. Kontakt z nim możliwy jest pod numerem telefonu 29 752 22 70 lub adresem e-mail: iod@powiat-przasnysz.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe, przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań i obowiązków Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, na podstawie: art. 6 ust.1 lit. a, lit. b, lit. c, lit. e RODO; ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz art. 9 ust. 2 lit. b w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rozporządzenia 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, ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym oraz innych ustaw i aktów wykonawczych regulujących wypełnianie zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane w ograniczonym zakresie mogą być również przekazane podmiotom realizującym zadania na rzecz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
- 5) Czas przechowywania Pani/Pana danych osobowych jest określony prawem, zgodnie z przepisami kancelaryjno – archiwalnymi Administratora, oraz Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane i czasie wskazanym przepisami prawa.
- 6) Każdej osobie, której dane przetwarzane są w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, przysługuje prawo do: dostępu do danych, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, oraz usunięcia jeśli pozwalają na to przepisy prawa.
- 7) W przypadku przetwarzania danych osobowych w oparciu o „Wyrażenie Zgody”, informujemy, że zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 8) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.
- 9) Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami prawa jest konieczne do realizacji ustawowych celów i zadań Administratora. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania. W pozostałych przypadkach podanie danych jest dobrowolne.
- 10) Administrator danych nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 11) Podanie danych nie skutkuje zautomatyzowaną oceną czynników osobowych i tym samym nie podlega profilowaniu.
- 12) Administrator danych dokłada wszelkich starań, aby zapewnić odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.

Oświadczam, że zapoznałam/em się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

Klauzula informacyjna 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 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 (RODO), informuję, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych są:

- 1) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13,
- 2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu ul. Berka Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz, tel. 29 752-51-73 lub 29 691-17-46 wew. 16,
- 3) Organizator Turnusu – w przypadku wniosków składanych na turnusy rehabilitacyjne.

Kontakt do Inspektora ochrony danych:

- 1) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. 22 50 55 500, iod@pfron.org.pl,
- 2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Berka Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz – kontakt e-mail: iod@powiat-przasnysz.pl.

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez:

- 1) PFRON w celu zarządzania Systemem SOW - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 1 lit. b RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wypełnienia zadania realizowanego w interesie publicznym w zakresie zabezpieczenia społecznego wynikającego z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym, w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 1 lit. g RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych związanych z ważnym interesem publicznym wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- 2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu w celu rozpoznania złożonego Wniosku oraz przyznania dofinansowania i jego rozliczenia przez PFRON. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO, ponieważ 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 albo art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wykonania obowiązków prawnych związanych z ważnym interesem publicznym wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- 3) Organizatora Turnusu w celu rozpatrzenia Wniosku oraz zorganizowania turnusu rehabilitacyjnego. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b, ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie tej osoby przed zawarciem umowy, a także art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wykonania obowiązku prawnego ciążącego na administratorze

dotyczącego zadania realizowanego w ważnym interesie publicznym wynikającym z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

4. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w ust. 3, odbiorcami danych osobowych Użytkowników mogą być:
 - 1) podmioty, które na podstawie umów zawartych z administratorami, o których mowa w ust. 3, świadczą usługi wsparcia, np. prawne, pocztowe, informatyczne;
 - 2) podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW.
5. Dane osobowe Użytkowników będą wykorzystywane przez okres niezbędny do realizacji obowiązków ciążących odrębnie na każdym z Administratorów zgodnie z ust. 3, a następnie archiwizowane przez okres wynikający z przepisów o archiwach.
6. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Systemie SOW danych osobowych Użytkownika, Użytkownikowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. W związku z przetwarzaniem danych osobowych Użytkowników nie będzie dochodziło do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
8. Użytkownikowi, na zasadach określonych w RODO, przysługują następujące prawa w związku z przetwarzaniem jego danych osobowych:
 - 1) prawo dostępu do danych, w tym uzyskania kopii danych;
 - 2) prawo żądania sprostowania i uzupełnienia danych;
 - 3) prawo do usunięcia danych;
 - 4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
 - 5) prawo do przenoszenia danych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO;
 - 6) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO.
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym jest również niezbędne do założenia Konta w Systemie SOW. Odmowa podania danych będzie skutkowała odmową założenia Konta w Systemie SOW i w konsekwencji uniemożliwi złożenie Wniosku w postaci elektronicznej.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)