

Nr sprawy:



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:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu/lokalu	
Kod pocztowy i poczta	

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w przypadku dzieci oraz dorosłych nieposiadających zdolności do czynności prawnych)

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Nazwisko:	

PESEL:	
Data urodzenia:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

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 <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <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 |
|--|--|

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
- Odbiór osobisty/osoba upoważniona (PCPR Nisko, pok. 1)

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE OŚWIADCZENIE

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.

1. 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.
2. Niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po przekazaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i podjęciu przez Powiat Niżański uchwały o podziale środków PFRON na poszczególne zadania w roku bieżącym,
3. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych na realizację zadania,
4. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania,
5. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnację należy zgłaszać do PCPR w Nisku w formie pisemnej.

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku z siedzibą w Nisku pod adresem 37-400 Nisko, ul. Kościuszki 7, tel. 15 84 16 368, e-mail: poczta@pcpr-nisko.pl
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Pan Andrzej Kołodziej, z którym można się skontaktować pod e-mail: poczta@pcpr-nisko.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu : *Przyznanie dofinansowania ze środków PFRON* Na podstawie: *Art. 4 ust. 1, pkt. ustawy z dnia 5 czerwca 1980 o samorządzie powiatowym, art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych*
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie: *Brak odbiorców danych*
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu usunięcia zgodnie z kategorią archiwalną tj.: *Zgodnie z kategorią archiwalną.*
7. Posiada Pani/Pan prawo:
 - a) dostępu do treści swoich danych osobowych,
 - b) prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania,
 - c) prawo do przenoszenia danych,
 - d) prawo wniesienia sprzeciwu.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obligatoryjne, a ich zakres został określony w ustawie Kodeks postępowania administracyjnego oraz w przepisach szczegółowych, konsekwencją nie-podania tych danych będzie pozostawienie podania bez rozpoznania.
10. Pani/Pan dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności, kopia wypisu z treści orzeczenia o zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich, o całkowitej/częściowej niezdolności do pracy/ niezdolności do samodzielnej egzystencji lub kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu).
2. Faktura potwierdzająca zakup przedmiotu ortopedycznego / środka pomocniczego z wyszczególnieniem: całkowitego kosztu zakupu, kwoty opłaconej przez NFZ w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, kwoty udziału własnego
3. Kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.
4. W przypadku osób niezdolnych do złożenia podpisu na wniosku, dodatkowo pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

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