

Nr wniosku:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZAOPATRZENIA
W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE**

I. DANE PERSONALNE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ:

Nazwisko i imię

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

.....

Nr telefonu (podanie numeru nie jest obowiązkowe, ale ułatwi kontakt)

II. ADRES KORESPONDENCYJNY (wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż zamieszkania):

.....

.....

III. DANE OSOBOWE OPIEKUNA USTAWOWEGO/PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA NOTARIALNEGO:

Nazwisko i imię

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

.....

Nr telefonu (podanie numeru nie jest obowiązkowe, ale ułatwi kontakt)

Opiekun prawny – ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego:

..... z dnia:

Sygn. Akt:

Pełnomocnik – na mocy pełnomocnictwa poświadczanego przez notariusza:

..... z dnia

nr repetytorium:

IV. POSIADANE ORZECZENIE:

1. Osoby w wieku do lat 16 posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:

☐ Tak

☐ Nie

2. O stopniu niepełnosprawności/grupie inwalidzkiej/niezdolności:

☐ Znaczny/I grupa/Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji/Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny

☐ Umiarkowany/II grupa/Osoby całkowicie niezdolne do pracy

☐ Lekki/III grupa/Osoby częściowo niezdolne do pracy/Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym bez prawa do zasiłku pielęgnacyjnego

V. OŚWIADCZENIE O DOCHODACH:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za okres 3 ostatnich miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku: zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

VI. PRZEDMIOT WNIOSKU:

Nazwa wnioskowanego wyrobu medycznego:

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

VII. FORMA PRZEKAZANIA DOFINANSOWANIA:

☐ przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Właściciel konta:

Nazwa banku:

Nr konta |_|_|-|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|

UWAGA! W przypadku osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę, osoba ta musi wypełnić i podpisać „Zgodę właściciela konta bankowego” – Załącznik nr 1 do wniosku.

☐ przelew na konto wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

VIII. OŚWIADCZENIA:

1. Uprzedzona/uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2022 poz. 1138 z późn. zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/byłem w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. 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.
4. Zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku w terminie 14 dni od zmiany.
5. Zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania. Wniosek złożony w bieżącym roku kalendarzowym nie przechodzi na rok następny.

IX. INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH:

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie, ul. gen. Józefa Hallera 5, 82 – 500 Kwidzyn.
2. Celem przetwarzania danych osobowych jest rozpatrzenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
3. Podstawą prawną przetwarzania jest:
 - a) art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. tj. wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

- b) art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r., tj. osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów.
4. Odbiorcami danych osobowych są podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
 5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
 6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane, z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
 7. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo do żądania od Administratora dostępu do dotyczących go danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Każda osoba, której dane dotyczą, w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody – ma prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofanie się ze zgody należy złożyć w formie pisemnej u Administratora. Konsekwencją wycofania się ze zgody będzie brak możliwości przetwarzania danych innych niż wynikające z przepisów prawa.
 8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. W określonych przypadkach podanie danych osobowych jest dobrowolne.
 9. Decyzje dotyczące przetwarzania danych osobowych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany. Administrator nie profiluje danych osobowych.
 10. Nie przewiduje się przetwarzania danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.
 11. Każda osoba, której dane osobowe są przetwarzane ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. (22) 531 03 00.
 12. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, który jest dostępny pod numerem telefonu: +48 791 150 939 lub pod adresem e-mail: biuro@solved.com.pl.

.....
(podpis Wnioskodawcy, opiekuna ustawowego,
opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności (dzieci do lat 16) lub orzeczenia równoważnego.
2. Oryginały rachunków/faktur (lub ofert) za zakupione przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze wystawione na osobę niepełnosprawną z wyodrębnioną kwotą opłaconą przez NFZ w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego.
3. Kopia pełnego zrealizowanego zlecenia z Narodowego Funduszu Zdrowia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona przez NFZ za każdy rachunek/fakturę (lub ofertę).
4. W przypadku osób pomiędzy 18 a 24 rokiem życia i uczących się, oryginał zaświadczenia o kontynuowaniu nauki.
5. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – dokument potwierdzający pełnienie funkcji opiekuna prawnego.
6. Zgoda właściciela konta bankowego – Załącznik nr 1 do wniosku.

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

1. Dowód osobisty.
2. W przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika – oryginał pełnomocnictwa notarialnego do wglądu.

ZGODA WŁAŚCICIELA KONTA BANKOWEGO

**(wypełnić w przypadku wypłaty na konto indywidualne osoby nie będącej Wnioskodawcą,
dotyczy osób fizycznych)**

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

.....

.....

Ja, niżej podpisana/podpisany wyrażam zgodę na przekazanie przyznanego dla Pani/Pana dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze na mój indywidualny rachunek bankowy podany w wniosku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku i powyższym oświadczeniu 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w wyżej wymienionym celu.

.....
(podpis Właściciela konta bankowego)