

Data wpływu:  
Nr wniosku:

## WNIOSEK

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

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

##### I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

##### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

## II. DANE PODOPIECZNEGO

Nie dotyczy

<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	

### DANE ADRESOWE

<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

### OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

Przedstawicielem ustawowym

Opiekunem prawnym:

<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<b>Postanowieniem Sądu Rejonowego:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<b>Imię i nazwisko:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Repetitorium nr:</b>	

### III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<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
<b>Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
  - Inna dysfunkcja narządu ruchu
  - Dysfunkcja narządu wzroku
  - Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
  - Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
  - Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
  - Inny / jaki?
- .....

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. KOSZTY REALIZACJI

#### Przedmiot 1

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

**Przedmiot 2**

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

**Przedmiot 3**

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

**Przedmiot 4**

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

## 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

### RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA

Nazwa pola	Wartość
Całkowity koszt zakupu	
Dofinansowanie NFZ	
Udział własny wnioskodawcy	
Wnioskowana kwota dofinansowania	

## 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: .....

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.

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz.U. z 2019 r., poz. 1950, z późn. zm.) - 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 PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą Dz.U. 2019 poz. 1781 z 30.08.2019 o ochronie danych osobowych.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik	
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność,	<input type="checkbox"/>
2.	Fakturę potwierdzającą zakup przedmiotów ortopedycznych/środków pomocniczych z wyszczególnieniem: całkowitego kosztu zakupu, kwoty opłaconej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, kwoty udziału własnego <b>Lub:</b> Ofertę cenową określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia do realizacji,	<input type="checkbox"/>
3.	Kopię zrealizowanego lub przyjętego do realizacji zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne/środki pomocnicze – <b>potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie</b>	<input type="checkbox"/>
4.	W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego należy dołączyć kserokopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),	<input type="checkbox"/>
5	W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku 18-24 lat, należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.	<input type="checkbox"/>
6	Zaświadczenie o zatrudnieniu lub prowadzeniu własnej działalności	<input type="checkbox"/>
7	Klauza informacyjna	

## KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z USŁUG POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W KONINIE

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), przekazujemy następujące informacje:

### 1. Administrator danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Koninie (PCPR) z siedzibą przy ul. Aleje 1 Maja 9, 62-510 Konin, tel. 63 243 03 06, e-mail: [sekretariat@pcpr.konin.pl](mailto:sekretariat@pcpr.konin.pl).

### 2. Inspektor Ochrony Danych

W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: [inspektor.ochrony@pcpr.konin.pl](mailto:inspektor.ochrony@pcpr.konin.pl) lub telefonicznie: 63 243 03 06.

### 3. Cele i podstawy prawne przetwarzania danych

Podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO. W przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody podstawą prawną jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO.

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z:

- o Dz.U. 2024 poz 44 ze zm. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
- o Dz.U. 2015 poz 926 w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- o wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie
- o realizacji zawartej umowy, której jest Pani/ Pan stroną
- o w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody, w zakresie i celu określonym w jej treści
- o ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

### 4. Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji powyższych celów oraz zgodnie z przepisami dotyczącymi archiwizacji dokumentów obowiązującymi w PCPR w Koninie.

### 5. Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- o dostępu do swoich danych osobowych,
- o sprostowania danych,
- o usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania,
- o przenoszenia danych (w przypadkach przewidzianych w RODO),
- o wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- o cofnięcia zgody na przetwarzanie (dla danych przetwarzanych na podstawie zgody), bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania przed jej cofnięciem. Niektóre z tych praw mogą podlegać ograniczeniom wynikającym z przepisów prawa.

### 6. Prawo do skargi

W przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych narusza przepisy RODO, przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

### 7. Obowiązek podania danych

Podanie danych osobowych wymaganych przepisami prawa jest obowiązkowe. Niepodanie danych może skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Dane przetwarzane na podstawie zgody podawane są dobrowolnie.

### 8. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom współpracującym z PCPR na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych oraz organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

### 9. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą informacyjną i jest ona dla mnie zrozumiała:

Data i podpis:

.....