

Data wpływu:

Nr wniosku:



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

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA

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

Adres korespondencyjny:

Taki sam jak adres zamieszkania

Inny:

.....

II. DANE PODOPIECZNEGO (np. dziecka, osoby ubezwłasnowolnionej itp.)

Nie dotyczy

Nazwa pola	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
DANE ADRESOWE	
Nazwa pola	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

Przedstawicielem ustawowym:

Opiekunem prawnym:

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

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

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

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Zaznaczyć zgodnie z treścią posiadanego orzeczenia
Stopień niepełnosprawności: Orzeczenie Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Grupa inwalidzka: Orzeczenie ZUS	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Niezdolność: Orzeczenie ZUS	<input type="checkbox"/> Osoba całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoba całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoba częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoba 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

IV. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ZGODNIE Z ORZECZENIEM Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o 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 z pomocą 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

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**I. KOSZTY REALIZACJI**

Nazwa zakupionego przedmiotu:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	<i>(maksymalnie w wysokości kwoty opłaconej przez wnioskodawcę)</i>

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

- W kasie urzędu – przekazane wyłącznie bezpośrednio Wnioskodawcy
 Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi (dot. faktur proforma)

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE - OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód netto** podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, **wynosił:**

1. LICZBA CZŁONKÓW RODZINY (RAZEM Z WNISKODAWCĄ) WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM (rodzinie):

Rodzina – oznacza odpowiednio następujących członków rodziny: małżonków, rodziców dzieci, opiekuna faktycznego dziecka oraz pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25 roku życia, a także dziecko, które ukończyło 25 rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością rodzinie przysługuje świadczenie pielęgnacyjne, do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, a także pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.

2. KWOTA DOCHODU NA OSOBĘ W RODZINIE: ZŁ

Zgodnie z przepisami:

dochód – oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

a/ **przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne nie zaliczane do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,**

b/ **deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,**

c/ **inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.**

/Uwaga: zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy, świadczenie wspierające nie są wliczane do dochodu/.

3. WNISKODAWCA/PODOPIECZNY PRZEBYWA W Domu Pomocy Społecznej: TAK NIE

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 - 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.

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rykach** reprezentowane przez Dyrektora (adres: ul. Leona Wyczółkowskiego 10a, 08-500 Ryki, tel. 81/8654852, e-mail: pcprryki@op.pl)
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: inspektor@cibi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust 2 lit h RODO) w zw. z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 44) wraz z rozporządzeniami. W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celach kontaktowych.
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 5 lat. Natomiast z przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 6) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo do usunięcia danych określone w przepisach prawa;
 - e) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - f) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
- 9) Państwa dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia Administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie Administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego. Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, tj. usługodawcom wykonującym usługi serwisu systemów informatycznych, podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT, dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom usług informatycznych w zakresie systemów księgowo-ewidencyjnych, dostawcy usług hostingu poczty mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową, dostawcy usług brakowania bądź archiwizowania dokumentacji i nośników danych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa

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

Wykaz załączników:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej lub w przypadku niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym orzeczenie wydane przed 01.01.1998r na stałe (oraz oryginał do wglądu).
 2. Faktura VAT (oryginał) określająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego .
 3. Kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie tj. np. zakład ortopedyczny, sklep medyczny, aptekę itp.
- lub**
4. Faktura proforma, zamówienie określające kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotę udziału własnego wraz z kopią przyjętego do realizacji zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzone za zgodność przez świadczeniodawcę.

Informujemy, że wniosek zostanie rozpatrzony z chwilą uzyskania środków finansowych przeznaczonych do realizacji na ten cel. **W związku z tym w przypadku braku środków finansowych wniosek może nie zostać rozpatrzony w terminie 30 dni od jego złożenia. Informacja o późniejszym terminie rozpatrzenia wniosku zostanie przekazana telefonicznie.**