

Data wpływu:	 Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Numer wniosku (sprawy):	
Numer wniosku w SOW:	

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:	☐ we własnym imieniu ☐ jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego ☐ jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego ☐ jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie ☐ na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
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
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	

Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY
☐ Nie dotyczy

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
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

Czy osoba z niepełnosprawnością przebywa w Domu Pomocy Społecznej (DPS)?

☐ tak ☐ nie ☐ brak informacji

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 kosztu zakupu pomniejszonego o dofinansowanie NFZ. Przykład: jeżeli aparat słuchowy kosztuje 4 000,00 zł a NFZ przyznał 700,00 zł, to maksymalna wnioskowana kwota dofinansowania może wynosić 3 300,00 zł.

Dofinansowanie NFZ musi być większe od 0,00 zł

Przedmiot 1

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia NFZ:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny Wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Przedmiot 2

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia NFZ:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny Wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Przedmiot 3

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia NFZ:	
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, adres):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

☐ 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.

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO

**Informacje o przetwarzaniu danych osobowych
(Wnioskujący o dofinansowanie ze środków PFRON na zadania z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych)**

1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Golubiu - Dobrzyniu z siedzibą w Golubiu - Dobrzyniu ul. Doktora Jerzego Gerarda Koppa 1, 87 - 400 Golub – Dobrzyń- tel.: 56 683 54 76, kom.: 784 301 266, e-mail: pcpr@golub-dobrzyn.com.pl.
2. Państwa dane będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze na podstawie art. 6 ust.1 litera c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit b RODO, w związku z **ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i aktów wykonawczych do ustawy**, związanym z przyznaniem dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych (oraz ich napraw), zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu.
3. Podanie danych jest wymogiem ustawowym i niezbędnym w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie, niepodanie danych może skutkować odmową realizacji dofinansowania.
4. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, oraz prawo ograniczenia ich przetwarzania.
5. Mają Państwo prawo złożenia skargi na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Dane mogą być udostępniane przez Administratora danych podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa, m in. zostaną udostępnione do PFRON, który przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
7. Został wyznaczony Inspektor ochrony danych, z którym można kontaktować się poprzez adres e-mail: iod@golub-dobrzyn.com.pl.
8. Pana/Pani dane od momentu pozyskania będą przechowywane przez okres wynikający z regulacji prawnych - kategorii archiwalnej dokumentacji, określonej w jednolitym rzeczowym wykazie akt dla naszej Jednostki.
9. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy
.....		

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	☐ kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub niepełnosprawności albo równoważnego (zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Dz.U. z 2024 r. poz. 44 ze zm.),
2.	☐ Oferta cenowa wraz z kserokopią zlecenia NFZ potwierdzonego za zgodność z oryginałem na wnioskowany przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy lub
3.	☐ Faktura za zakupiony przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy wraz z kserokopią zrealizowanego zlecenia NFZ potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez wystawcę Faktury (wszystkie strony zlecenia)
4.	☐ Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach – załącznik nr 1
5.	☐ Dokumenty potwierdzające dochód netto Wnioskodawcy oraz osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku np. odcinki od renty/emerytury, kserokopia wyciągów bankowych, zaświadczenie o wysokości netto renty, emerytury, wynagrodzenia za pracę itp.
6.	☐ Informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla pozostałych pełnoletnich osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe z Wnioskodawcą (każda osoba pełnoletnia wypełnia oddzielnie) – załącznik nr 2
7.	☐ kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny.

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik	Data uzupełnienia
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista	
1.	Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach – załącznik nr 1
2.	Informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla pozostałych pełnoletnich osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe z Wnioskodawcą (każda osoba pełnoletnia wypełnia oddzielnie) – załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE Wnioskodawcy o dochodach

Dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Golubiu-Dobrzyniu – w celu realizacji dofinansowania ze środków PFRON.

Ja niżej podpisany(a)

imię i nazwisko

zamieszkały(a): ulica

nr domu nr mieszkania oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	imię i nazwisko	data urodzenia	stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	średni dochód miesięczny netto
1.	Wnioskodawca:			
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy:				x
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
			razem	

Dochód netto przypadający na osobę w mojej rodzinie obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., data
miejscowość
podpis Wnioskodawcy

**Informacje o przetwarzaniu danych osobowych
(Wnioskujący o dofinansowanie ze środków PFRON na zadania z zakresu rehabilitacji społecznej
osób niepełnosprawnych)**

1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Golubiu - Dobrzyniu z siedzibą w Golubiu - Dobrzyniu ul. Doktora Jerzego Gerarda Koppa 1, 87 - 400 Golub – Dobrzyń- tel.: 56 683 54 76, kom.: 784 301 266, e-mail: pcpr@golub-dobrzyn.com.pl.
2. Państwa dane będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze na podstawie art. 6 ust.1 litera c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit b RODO, w związku z **ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i aktów wykonawczych do ustawy**, związanym z przyznaniem dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych (oraz ich napraw), zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu.
3. Podanie danych jest wymogiem ustawowym i niezbędnym w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie, niepodanie danych może skutkować odmową realizacji dofinansowania.
4. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, oraz prawo ograniczenia ich przetwarzania.
5. Mają Państwo prawo złożenia skargi na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Dane mogą być udostępniane przez Administratora danych podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa, m in. zostaną udostępnione do PFRON, który przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
7. Został wyznaczony Inspektor ochrony danych, z którym można kontaktować się poprzez adres e-mail: iod@golub-dobrzyn.com.pl.
8. Pana/Pani dane od momentu pozyskania będą przechowywane przez okres wynikający z regulacji prawnych - kategorii archiwalnej dokumentacji, określonej w jednolitym rzeczowym wykazie akt dla naszej Jednostki.
9. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

.....
data i podpis osoby zapoznającej się z klauzulą informacyjną RODO