

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

**CZĘŚĆ A- DANE WNIOSKODAWCY**

(opiekun prawny, opiekun ustawowy, pełnomocnik osoby niepełnosprawnej)

**DANE PERSONALNE**

<b>Imię (imiona) i nazwisko</b>	
<b>Pesel</b>	
<b>Data urodzenia</b>	

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE**

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

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

(Wypełnić tylko w przypadku, jeżeli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)

<b>Miejscowość</b>	
<b>Ulica</b>	
<b>Numer domu</b>	
<b>Numer lokalu</b>	
<b>Kod pocztowy</b>	
<b>Poczta</b>	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

<b>Imię (imiona) i nazwisko</b>	
<b>Pesel</b>	
<b>Data urodzenia</b>	

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

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

Czy Wnioskodawca przebywa w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej  TAK  NIE

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY BĄDŹ PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....
<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

**OŚWIADCZENIE O DOCHODACH**

(średnia za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, podzielona przez ilość osób w gospodarstwie domowym)

<b>Rodzaj gospodarstwa domowego</b>	<input type="checkbox"/> wspólne <input type="checkbox"/> indywidualne
<b>Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy</b>	
<b>Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym</b>	

**CZĘŚĆ B- PRZEDMIOT WNIOSKU**

**I**

<b>Przedmiot</b>	
<b>Numer zlecenia</b>	
<b>Całkowity koszt zakupu</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ</b>	
<b>Wkład własny wnioskodawcy</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania</b>	

**II**

<b>Przedmiot</b>	
<b>Numer zlecenia</b>	
<b>Całkowity koszt zakupu</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ</b>	
<b>Wkład własny wnioskodawcy</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania</b>	

**III**

<b>Przedmiot</b>	
<b>Numer zlecenia</b>	
<b>Całkowity koszt zakupu</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ</b>	
<b>Wkład własny wnioskodawcy</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania</b>	

**IV**

<b>Przedmiot</b>	
<b>Numer zlecenia</b>	
<b>Całkowity koszt zakupu</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ</b>	
<b>Wkład własny wnioskodawcy</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania</b>	

**V**

<b>Przedmiot</b>	
<b>Numer zlecenia</b>	
<b>Całkowity koszt zakupu</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ</b>	
<b>Wkład własny wnioskodawcy</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania</b>	

**VI**

<b>Przedmiot</b>	
<b>Numer zlecenia</b>	
<b>Całkowity koszt zakupu</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ</b>	
<b>Wkład własny wnioskodawcy</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania</b>	

**VII**

<b>Przedmiot</b>	
<b>Numer zlecenia</b>	
<b>Całkowity koszt zakupu</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ</b>	
<b>Wkład własny wnioskodawcy</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania</b>	

**RAZEM KWOTA DOFINANSOWANIA**

<b>Całkowity koszt zakupu</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ</b>	
<b>Wkład własny wnioskodawcy</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania</b>	

**FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę,  
 Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi.

<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego</b>	

## CZĘŚĆ C-OŚWIADCZENIA

### Oświadczam, że:

- ✓ w przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania,
- ✓ nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy,
- ✓ uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1, ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, dane zawarte we wniosku oraz w załączonych wymaganych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym,
- ✓ o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku w ciągu 14 dni od ich wystąpienia.

.....  
Data i czytelny podpis Wnioskodawcy

..... Data wpływu kompletnego wniosku
..... Pieczęć i podpis pracownika

### ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
2.	oryginał faktury VAT za zakup środków pomocniczych z uwzględnieniem: a) całkowitego kosztu zakupu, b) kwoty opłaconej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, c) kwoty udziału własnego, lub a) faktura proforma (kosztorys) określająca cenę zakupu środka pomocniczego lub ortopedycznego z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach NFZ i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji,
3.	kopia zlecenia (pełne zlecenie, sekcje I-IV) na zaopatrzenie w środki pomocnicze lub przedmioty ortopedyczne potwierdzona „za zgodność z oryginałem” przez świadczeniodawcę,
4.	kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu), jeżeli wnioskodawca działa poprzez opiekuna prawnego, lub kopia pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie (oryginał do wglądu), jeżeli wnioskodawca działa przez pełnomocnika,
5.	dokumenty potwierdzające osiągnięte dochody z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku (do wglądu).

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 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 (Dz.U. UE L. z 2016 r. Nr 119 str.1) zwaną dalej RODO – informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku. Można się z nami skontaktować przesyłając korespondencję na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek, e-mail: pcprszczecinek@wp.pl, lub telefonicznie: 94 71 37 101.
2. W sprawach dotyczących przetwarzania przez nas danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować z inspektorem ochrony danych kierując korespondencję na ww. adres z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych, lub na adres e-mail: iod@powiat.szczecinek.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w celu rozpatrzenia Pani/Pana wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do **zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz sprzęt rehabilitacyjny** przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów, a także przekazania oraz rozliczenia przyznanego dofinansowania, w związku z art. 35a pkt 7 lit. c ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r., poz. 100 z późn. zm.) oraz z przepisami Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze Środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 926 z późn. zm.) §10, §11 oraz §13 pkt 2 ust. 1,2 lit. a i b, pkt 3 i §14; podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych będzie również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tzn. wyrażona przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych, których podanie jest dobrowolne i nie wynika z wymogów prawa, cel przetwarzania tych danych osobowych będzie wskazywany każdorazowo w czasie uzyskiwania Pani/Pana zgody.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organy publiczne, jednostki lub inne podmioty, którym mogą być ujawnione dane, sprzedawcy, usługodawcy, kurierzy oraz operator pocztowy, w zakresie niezbędnym do doręczenia korespondencji.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt przez okres 5 lat liczony w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy lub wymagań na podstawie ww. ustaw.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania oraz w uzasadnionych przypadkach prawo do żądania ograniczenia przetwarzania, w odniesieniu do danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do żądania usunięcia danych oraz prawo do przenoszenia danych.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy rozporządzenia RODO.
10. W przypadku gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obowiązkowe, natomiast gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku jako administrator danych osobowych informuje, że niniejsza zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. W celu cofnięcia zgody należy skontaktować się z Administratorem i złożyć oświadczenie o wycofaniu wyrażonej uprzednio zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Ja niżej podpisana/-y

.....

*(imię i nazwisko)*

wyrażam zgodę na przetwarzanie, przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku, moich danych osobowych obejmujących:

numer telefonu: .....

*(jeżeli wyraża Pani/Pan zgodę proszę wpisać numer telefonu)*

adres e-mail: .....

*(jeżeli wyraża Pani/Pan zgodę proszę wpisać adres e-mail)*

cel przetwarzania: Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz sprzęt rehabilitacyjny.

.....

*Data i podpis*