

WNIOSEK
o dofinansowanie do zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy: Poczta:	
Gmina:	
Nr telefonu: <i>POUCZENIE: podanie niniejszych danych (nr telefonu) jest dobrowolne i stanowi wyraźne działanie wnioskodawcy potwierdzające i przyzwalające na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych</i>	
Adres e-mail: <i>POUCZENIE: podanie niniejszych danych (adresu e-mail) jest dobrowolne i stanowi wyraźne działanie wnioskodawcy potwierdzające i przyzwalające na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych</i>	

ADRES KORESPONDECYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

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

DANE PODOPIECZNEGO/DZIECKA

Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy: Pocztą:	
Nr telefonu:	

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<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

Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych¹, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił złotych.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym

1. Ustawa z dnia 28.11.2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz.U.2020.111 t. j.)

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot 1	
Nazwa przedmiotu:	
Przedmiot 2	
Nazwa przedmiotu:	

Przedmiot 3	
Nazwa przedmiotu:	
Przedmiot 4	
Nazwa przedmiotu:	

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Właściciel konta (imię i nazwisko, adres):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego: POUCZENIE: podanie niniejszych danych (konta bankowego) jest dobrowolne i stanowi wyraźne działanie wnioskodawcy potwierdzające i przyzwalające na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych	

przekazem pocztowym

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu

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.

Ja niżej podpisany/a pouczone/a o odpowiedzialności karnej z art.233 par.1 kodeksu karnego* za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 par. 2 kpa oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

**Art.233 par.1 kk – Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.*

W przypadku złożenia fałszywych zeznań kwota dofinansowania ze środków PFRON ww zadania podlega zwrotowi.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że o dofinansowanie ze środków PFRON ubiegam się tylko w Powiecie Krakowskim.

Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w Krakowie w ciągu 14 dni.

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETAWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KRAKOWIE

1. Administratorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie, z siedzibą w Krakowie, al. Słowackiego 20, 30-037 Kraków, tel: 12 39-79-564, adres e-mail: pcpr@powiat.krakow.pl.

2. Administrator powołał Inspektora ochrony danych.

Dane kontaktowe to: nr tel.: 12-39-79-564, e-mail: ap-pcpr@powiat.krakow.pl.

3. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się w celu przyznania Wnioskodawcy dofinansowania do zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody na przetwarzanie danych osobowych osoby, której dane dotyczą (art. 6 ust. 1. lit. a RODO) oraz jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1. lit. c RODO) na podstawie §11 ust.1 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 (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 926 z późn. zm.).
5. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody jest możliwe poprzez złożenie do siedziby Administratora pisemnego wniosku o wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych.
6. Dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Odbiorcami danych są podmioty świadczące asystę techniczną oprogramowania służącego do obsługi zadań PFRON oraz podmioty świadczące usługi archiwizacji akt oraz niszczenia dokumentacji archiwalnej.
7. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do przyznania i rozliczenia dofinansowania oraz przez okres niezbędny do przestrzegania obowiązujących przepisów prawa i regulacji. Kryterium ustalenia tego okresu jest konieczność przechowywania dokumentów zgodnie kategorią archiwalną (B10) oraz wymogi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
8. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
9. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych, a także prawo do przenoszenia swoich danych osobowych.
10. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego: Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
12. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Konsekwencją niepodania danych osobowych lub wycofania zgody na ich przetwarzanie jest uniemożliwienie przyznania dofinansowania.

.....
data

.....
**(czytelny podpis Wnioskodawcy,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika)**

zgoda właściciela rachunku bankowego na przetwarzanie danych osobowych*

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, ja niżej podpisana/ny

..... *(imię i nazwisko osoby udzielającej zgody)*

wyrażam niniejszym dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia i nazwiska, adresu oraz numeru rachunku bankowego przez Administratora w celu przekazania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dla
..... *(imię i nazwisko Wnioskodawcy)*

.....
Data i podpis osoby udzielającej zgody

*** należy wypełnić jeśli Wnioskodawca podaje nie swój rachunek**

Załączniki do wniosku:

1. Kopia posiadanego orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia:
o stopniu niepełnosprawności lub o zaliczeniu do jednej z trzech grup inwalidów lub o całkowitej/ częściowej niezdolności do pracy/ niezdolności do samodzielnej egzystencji, o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (wydane przed dniem 1 stycznia 1998r.na stałe) lub niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia – **oryginał do wglądu;**
2. Oryginał faktury VAT opłaconej gotówką lub z odroczonym terminem płatności, z informacją o kwocie opłaconej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego wraz z potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze **ALBO** kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą udziału własnego oraz terminem realizacji zlecenia
3. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego - **oryginał do wglądu**

Część B. WYPEŁNIA PCPR

Lp.	Nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego	Całkowita cena zakupu	Refundacja NFZ		Dofinansowanie do limitu NFZ	Całkowite dofinansowanie
			Limit cenowy	%		