

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

##### ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
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

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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

<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<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>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<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
<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

**ŚREDNI DOCHÓD****Czy OzN przebywa w 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 koszt zakupu pomniejszonego o dofinansowanie NFZ. Przykład: jeżeli aparat słuchowy kosztuje 4.000 zł a NFZ przyznał 700 zł, to maksymalna wnioskowana kwota dofinansowania może wynosić 3.300 zł.

Dofinansowanie NFZ musi być większe od 0.

**Przedmiot 1**

<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</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 2**

<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</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>Do uzupełnienia</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>	

**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):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

**Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE****OŚWIADCZENIE**

Uprowadzony/uprowadzona 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 ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

#### Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

#### Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

#### Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

#### Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

#### Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

#### Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

#### Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.



Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

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

### **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

<b>Lp.</b>	<b>Plik</b>

### **UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

<b>Lp.</b>	<b>Plik</b>

### **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**

<b>Lista</b>

### Informacja RODO

<b>Administrator, dane kontaktowe</b>	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku (dalej: Centrum) reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą przy ul. Gołdapskiej 23, 19-400 Olecko, kontakt: 1) na adres poczty elektronicznej: centrum@pcpr.olecko.pl, 2) telefonicznie: 87 520 34 30 3) pisemnie lub osobiście: na adres wskazany powyżej
<b>Inspektor Ochrony Danych</b>	W Centrum został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować za pomocą poczty elektronicznej: iod@pcpr.olecko.pl
Cele przetwarzania, podstawa prawna przetwarzania, czas przechowywania poszczególnych kategorii danych	<p>Dane osobowe przetwarzane będą:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w celu rozpoznania wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych</li> <li>2) w celu udzielenia dofinansowania po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku z pkt. 1.</li> </ol> <p><u>Podstawy prawne:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) art. 6 ust. 1 lit. c RODO – przetwarzanie danych zwykłych w ramach realizacji obowiązku prawnego na podstawie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym,</li> <li>- Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,</li> <li>- Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,</li> <li>- Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,</li> <li>- Ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych,</li> <li>- Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,</li> </ul> </li> <li>2) art. 9 ust. 2 lit. g RODO – przetwarzanie danych szczególnych w związku z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa państwa członkowskiego – ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,</li> <li>3) art. 9 ust. 2 lit. h RODO – przetwarzanie danych szczególnych do celów profilaktyki i opieki zdrowotnej na podstawie prawa państwa członkowskiego - ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.</li> </ol> <p>Dane przetwarzane będą przez okres niezbędny do wykonania ciężących na Administratorze obowiązków, zgodnie z przepisami prawa, tj. 10 lat.</p>
<b>Odbiorcy danych</b>	Dane osobowe mogą być ujawnione podmiotom przetwarzającym na zlecenie i w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w celu świadczenia określonym w umowie usług na rzecz pracodawcy, na przykład: usługi teleinformatyczne, usługi

	<p>drukarskie, usługi prawne i doradcze.</p> <p>Ponadto dane udostępnione zostaną Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (<b>PFRON</b>), organizatorowi lub organizatorom turnusu rehabilitacyjnego oraz Starostwu Powiatowemu w Olecku.</p>
<p><b>Prawa osoby, której dane dotyczą</b></p>	<p>Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do własnych danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania na warunkach wynikających z Rozporządzenia.</p> <p>Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.</p> <p>W zakresie, w jakim Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu zawarcia i wykonania umowy lub przetwarzane na podstawie zgody – przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. prawo do otrzymania od Centrum Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego (może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych).</p> <p>Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w sytuacji, gdy istnieje podejrzenie, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.</p>
<p><b>Informacje o profilowaniu</b></p>	<p>Pani/Pana dane osobowe nie będą służyć do profilowania.</p>

.....  
data i podpis Wnioskodawcy

**Załączniki:**

- 1) kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia innych organów (oryginał do wglądu)
- 2) faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, albo:
  - kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.