

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	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PODOPIECZNEGO

☐ Nie dotyczy

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

DANE ADRESOWE

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

☐ Przedstawicielem ustawowym

☐ Opiekunem prawnym:

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

☐ Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	
Z dnia:	

Repetitorium nr:	
-------------------------	--

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
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
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
☐ Inna dysfunkcja narządu ruchu
☐ Dysfunkcja narządu wzroku
☐ Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
☐ Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
☐ Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
☐ Inny / jaki?

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. KOSZTY REALIZACJI

Przedmiot 1

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku:	

Numer zlecenia:	
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	Wartość
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

RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA

Nazwa pola	Wartość
Całkowity koszt zakupu	
Dofinansowanie NFZ	
Udział własny wnioskodawcy	
Wnioskowana kwota dofinansowania	

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....

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.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz.U. z 2019 r., poz. 1950, z późn. zm.) - 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.

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

.....

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

data, miejscowość,

.....

Adres

Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Lp .	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Rok urodz.	Źródło dochodu	Miesięczna wysokość dochodu netto*
1.		<i>Wnioskodawca</i>			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
RAZEM					

* przeciętny miesięczny dochód rodziny /świadczenia emerytalno – rentowe, zasiłek wychowawczy, dochód z tyt. pracy, z tyt. prowadzenia gospodarstwa rolniczego, świadczenia z pomocy społecznej, zasiłek dla osób pozostających bez pracy/ w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych/, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego i chorobowego określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za ostatni kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek.

Oświadczenia Wnioskodawcy

Oświadczam, iż:

1/ podane informacje są zgodne z prawdą;

W przypadku podania informacji budzących wątpliwości wyrażam zgodę na sprawdzenie powyższych danych przez pracowników PCPR.

2/ miejsce mojego zamieszkania i stałego pobytu jest pod adresem:

.....
3/ o w/w dofinansowanie ubiegam się wyłącznie w powiecie myśzkowskim.

.....
/podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego/

Załączniki:

- 1/ kserokopia aktualnego orzeczenia stwierdzającego niepełnosprawność Wnioskodawcy
– oryginał do wglądu:
 - kopia aktualnego orzeczenia określającego stopień niepełnosprawności,
 - kopia orzeczenia lekarza orzecznika ZUS o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy,
 - kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 01.01.1998 r.,
 - orzeczenie o zaliczeniu do I, II lub III grupy inwalidów,
 - orzeczenie o niepełnosprawności osoby przed ukończeniem 16 roku życia,
- 2/ kserokopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy, potwierdzonego przez NFZ – oryginał do wglądu,
- 3/ faktura określająca kwotę łącznej wartości przedmiotu, kwotę dofinansowania NFZ oraz kwotę udziału własnego Wnioskodawcy /lub faktura pro- forma/,
- 4/ inne dokumenty potwierdzające zakup przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego

.....
/ Imię i nazwisko /

.....
/ miejscowość, data /

.....
/ adres /

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, iż zakupiłam /em
/ nazwa urządzenia, sprzętu lub usługi /

.....
i proszę o przekazanie dofinansowania:

1/* na konto
/ nazwa banku i nr rachunku bankowego /

.....
2/* do odbioru na podstawie czeku w Międzypowiatowym Banku Spółdzielczym
z siedzibą 42-300 Myszków ul. Kościuszki 111.

.....
/ podpis /

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH – POSTĘPOWANIE ADMINISTRACYJNE

Administrator, dane kontaktowe	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie, ul. Partyzantów 21, 42-300 Myszków, kontakt: 1) osobiście lub na adres poczty elektronicznej: pcprmyszkow1@wp.pl, 2) telefonicznie: 34 313 02 98 3) pisemnie: ul. Partyzantów 21, 42-300 Myszków
Inspektor Ochrony Danych	W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować: 1) za pomocą poczty elektronicznej: sabios.dsb@gmail.com
Cele przetwarzania, czas przechowywania poszczególnych kategorii danych, podanie danych	Dane będą przetwarzane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie w celach: 1) wypełnienia obowiązków prawnych - w szczególności zadań wynikających z: a. ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym b. ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej c. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Dane przetwarzane nie dłużej niż przez okres 10 lat, podanie danych jest obowiązkowe, brak podania danych będzie skutkowało niezakończaniem sprawy.
Odbiorcy danych	Dane osobowe mogą być ujawnione następującym odbiorcom: 1) podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa; 2) podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
Prawa osoby, której dane dotyczą	Osoby, których dane osobowe przetwarza Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie mają prawo do: 1) dostępu do swoich danych osobowych 2) żądania sprostowania danych , które są nieprawidłowe 3) żądania usunięcia danych , gdy dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane lub po wniesieniu sprzeciwu wobec przetwarzania danych, gdy dane są przetwarzane niezgodnie z prawem. 4) żądania ograniczenia przetwarzania danych , gdy osoby te kwestionują prawidłowość danych, przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń, lub gdy osoby te wniosły sprzeciw wobec przetwarzania danych – do czasu stwierdzenia nadrzędnych interesów administratora nad podstawą takiego sprzeciwu; 5) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych – z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją osób, których dane są przetwarzane; 6) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.