

Data wpływu: .....  
Numer wniosku: .....  
Numer sprawy: .....

## 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:	
Postanowienie Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repetitorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związany 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 PERSOMNALNE 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-mil:	

**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 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba głucha</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema</li> </ul> <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba niewidoma</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma</li> </ul> <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/ podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</li> <li><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych</li> </ul> <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- pęciowego <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

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

- indywidualne  wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku:

.....

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

Przedmiot 2	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku:	

Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	
<b>Przedmiot 3</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

<b>RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Do uzupełnienia</b>
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

## II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/ osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

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

- Przekazem pocztowym  
 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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU (wypełnia Realizator)

Lp.	Załącznik	Tak	Brak
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności		
2.	Kopia zlecenie na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zrealizowane lub przyjęte do realizacji		
3.	Faktura zakupu lub oferta cenowa z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach NFZ		
4.	Klauzula informacyjna		
5.	Pełnomocnictwo (jeśli dotyczy)		

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Załącznik	Data uzupełnienia

**Klauzula informacyjna  
dotycząca udzielenia dofinansowania ze środków PFRON**

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO - informujemy, że:

1. **Administratorami danych osobowych** są:

- Kierownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siedlcach, adres: ul. J. Piłsudskiego 40, 08-110 Siedlce, adres e-mail: [pcpr@pcprsiedlce.pl](mailto:pcpr@pcprsiedlce.pl), tel. 25 644 81 72,
- Starosta Siedlecki, adres: ul. J. Piłsudskiego 40, 08-110 Siedlce, adres e-mail: [starostwo@powiatsiedlecki.pl](mailto:starostwo@powiatsiedlecki.pl), tel. 25 644 72 16.

2. **Z Inspektorem Ochrony Danych** wyznaczonym do kontaktów z osobami, których dane dotyczą w sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących im na mocy rozporządzenia 2016/679, można skontaktować się pisząc na adres e-mail: [iod@pcprsiedlce.pl](mailto:iod@pcprsiedlce.pl) w zakresie danych przetwarzanych przez PCPR w Siedlcach oraz na adres [iod@powiatsiedlecki.pl](mailto:iod@powiatsiedlecki.pl) w zakresie danych przetwarzania przez Starostę Siedleckiego lub na adres siedziby wskazany w pkt. I.

3. **Cele i podstawy przetwarzania**

Dane osobowe będą zbierane i przetwarzane w celu wnioskowania o udzielenie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i innych przepisów wykonawczych właściwych do zakresu wnioskowanego dofinansowania. Dane osobowe będą zbierane i przetwarzane w wersji papierowej oraz w Systemie Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON (system SOW), a następnie w celach archiwalnych (ustawa z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach).  
(podstawa z art. 6 ust. 1 lit. c RODO)

4. **Odbiorcy danych**

Odbiorcami danych osobowych będą podmioty współpracujące z mocy prawa w zakresie realizacji wniosku o przyznanie dofinansowania do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ze środków PFRON. Dane osobowe mogą zostać ujawnione podmiotom przetwarzającym dane osobowe w imieniu Administratora wspomagającym funkcjonowanie systemów informatycznych.

5. **Okres przechowywania danych**

Dane osobowe wskazane w pkt. III będą przechowywane zgodnie z obowiązującą w PCPR w Siedlcach Instrukcją kancelaryjną oraz przepisami o archiwizacji dokumentów.

6. **Prawa osób, których dane dotyczą:**

Zgodnie z RODO, przysługuje:

- a. prawo dostępu do swoich danych osobowych;
- b. prawo do sprostowania swoich danych;
- c. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
- d. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych - gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

Nie przysługuje Pani/Panu:

- a. prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
- b. prawo do usunięcia przetwarzanych danych osobowych;
- c. na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c.

7. **Informacja o wymogu dobrowolności podania danych**

Podanie danych zawartych we wniosku jest wymogiem ustawowym. Osoba, której dane dotyczą jest zobowiązana do ich podania. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.

8. **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**

Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4.

Zapoznałem / zapoznałam się

.....  
*data i czytelny podpis*