

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<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> wieś |

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

| Nazwa pola   | Do uzupełnienia  |
|--|--|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie   |
| Stopień niepełnosprawności:  | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |

|   |  |
|---|--|
| <b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>  | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo- do dnia:   |
| <b>Numer orzeczenia:</b>  |  |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>  | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy  |
| <b>Niezdolność:</b>   | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |
| <b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>   | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><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<br><input type="checkbox"/> 07-S- choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T- choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M- choroby układu moczowo- płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N- choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I- inne<br><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<br><input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>  | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><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

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 że 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 (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*