

Data wpływu:
Nr wniosku:

**WNIOSEK NALEŻY
WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM
Z NIEBIESKIM
ATRAMENTEM,
DRUKOWANYMI
I CZYTELNYMI LITERAMI!**



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

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:	UZUPEŁNIĆ W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWLIONEJ
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

*W PRZYPADKU DZIECKA NALEŻY WPISAĆ: W IMIENIU DZIECKA
 * W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWLIONEJ NALEŻY WPISAĆ: W IMIENIU PODOPIECZNEGO
 *W PRZYPADKU OSOBY DOROSŁEJ NALEŻY WPISAĆ: WE WŁASNYM IMIENIU

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	ANNA
Drugie imię:	-
Nazwisko:	KOWALSKA
PESEL:	12345678910
Data urodzenia:	DD.MM.RRR
Płeć	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input checked="" type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	MAZOWIECKIE
Powiat:	PULTUSKI
Gmina:	PULTUSK
Miejscowość:	PULTUSK
Ulica:	3 MAJA
Nr domu:	20
Nr lokalu:	-
Kod pocztowy:	06-100
Poczta:	PULTUSK
Rodzaj miejscowości:	<input checked="" type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	NUMER KONTAKTOWY
Adres e-mail:	NIE MA KONIECZNOŚCI

ADRES KORESPONDENCYJNY Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY ADRES DO KORESPONDENCJI JEST INNY NIŻ ZAMIESZKANIA
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ JEST NIEPEŁNOLETNIE DZIECKO LUB OSOBA UBEZWŁASNOWOLNIONA
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/>

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ JEST NIEPEŁNOLETNIE DZIECKO LUB OSOBA UBEZWŁASNOWOLNIONA
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
Orzeczenie dotyczą niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
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 z pomocą 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

WSZYSTKIE DANE W FORMULE „STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI” NALEŻY WYPEŁNIĆ Z ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DOŁĄCZONEGO DO WNIOSKU

ŚREDNI DOCHÓD

Czy OzN przebywa w DPS:

 Tak Nie Brak informacji

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

 indywidualne wspólneŚredni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: **KWOTA**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: NALEŻY WPISAĆ LICZBĘOSÓB BRANYCH POD UWAGĘ DO WSPÓLNEGO DOCHODU Z WNIOSKODAWCĄ

OPODATKOWANE DOCHODY KAŻDEGO CZŁONKA RODZINY NALEŻY DODAĆ, ICH SUMĘ PODZIELIĆ PRZEZ LICZBĘ MIESIĘCY, W KTÓRYCH ZOSTAŁY ONE OSIĄGNIĘTE A NASTĘPNIE PODZIELIĆ PRZEZ LICZBĘ OSÓB W RODZINIE

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 maksymalną wnioskowaną kwotą dofinansowania może wynosić 3.300 zł. Dofinansowanie NFZ musi być większe od 0.

Przedmiot 1

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku:	NAZWA PRZEDMIOTU, OKREŚLONA W ZLECENIU NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE
Numer zlecenia:	IDENTYFIKATOR ZLECENIA (ZNAJDUJE SIĘ W LEWYM GÓRNYM ROGU ZLECENIA)
Całkowity koszt zakupu:	DANE Z FAKTURY LUB ZLECENIA
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	NALEŻY WPISAĆ KWOTĘ WNIOSKOWANĄ. KWOTA NIE MOŻE BYĆ WYŻSZA, NIŻ UDZIAŁ WŁASNY WNIOSKODAWCY

Przedmiot 2

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU DWÓCH RÓŻNYCH PRZEDMIOTÓW, NA PRZYKŁADZIE PRZEDMIOTU 1
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Przedmiot 3

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU TRZECH RÓŻNYCH PRZEDMIOTÓW, NA PRZYKŁADZIE PRZEDMIOTU 1
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA

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

W PRZYPADKU 1 PRZEDMIOTU DOFINANSOWAŁA WSZYSTKIE KWOTY PRZEPISUJEMY Z TABELI „PRZEDMIOT 1” W PRZYPADKU DWÓCH LUB WIĘCEJ PRZEDMIOTÓW, SUMUJEMY TYCH PRZEDMIOTÓW WPISUJEMY ANALOGICZNIE W KAŻDĄ FORMULĘ

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	DANE WNIOSKODAWCY, NA KTÓRE BĘDZIE PRZELANE DOFINANSOWANIE
Nr rachunku bankowego:	

W PRZYPADKU, GDY WŁAŚCIELEM KONTA, NA KTÓRE BĘDZIE PRZEKAZANE DOFINANSOWANIE JEST INNA OSOBA NIŻ WNIOSKODAWCA, WPISUJEMY W FORMULĘ „WŁAŚCICIEL KONTA (IMIĘ I NAZWISKO)” IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCIELA KONTA, STOPIEN POKREWIEŃSTWA Z WNIOSKODAWCĄ ORAZ ADRES ZAMIESZKANIA.

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

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

Upředzony/upředzona od 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>
MIEJSCOWOŚĆ, W KTÓREJ JEST SKŁADANY PODPIS	DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

Do wniosku o dofinansowanie zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych należy dołączyć:

1. Kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności
2. Oświadczenie o zapoznaniu się z zasadami przyznawania dofinansowania
3. Fakturę / fakturę pro - forma lub wstępną wycenę
4. Kserokopię zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne
5. Klauzulę RODO
6. Postanowienie Sądu dot. pełnienia funkcji opiekuna prawnego lub pełnomocnika notarialnego (o ile dotyczy)