

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: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |
| 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: | |
| Repetytorium 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: | |
| Wnioskowana kwota dofinansowania: | |
| Udział własny wnioskodawcy | |

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH Przedmiot 1

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

I. KOSZTY REALIZACJI Przedmiot 2

| Nazwa pola | Wartość |
|--|---------|
| Przedmiot wniosku: | |
| Numer zlecenia | |
| Całkowity koszt zakupu: | |
| Dofinansowanie NFZ: | |
| Wnioskowana kwota dofinansowania: | |
| Udział własny wnioskodawcy | |

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH Przedmiot 2

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

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

I. KOSZTY REALIZACJI Przedmiot 3

| Nazwa pola | Wartość |
|--|---------|
| Przedmiot wniosku: | |
| Numer zlecenia | |
| Całkowity koszt zakupu: | |
| Dofinansowanie NFZ: | |
| Wnioskowana kwota dofinansowania: | |
| Udział własny wnioskodawcy | |

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH Przedmiot 3

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

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA

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

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, wyniósł: 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 2020 r. poz. 1444, 1517.) - 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.

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
| | | |

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci orzeczenie o niepełnosprawności.
2. Pełnomocnictwo pełnomocnika poświadczony przez notariusza - dotyczy osób niepełnosprawnych, które nie składają podpisu samodzielnie,
3. Postanowienie/zaświadczenie sądu o ustanowieniu opieki prawnej - dotyczy osób ubezwłasnowolnionych, które działają przez opiekuna prawnego.
4. Zaświadczenie o pobieraniu nauki (dotyczy młodzieży uczącej się i niepracującej w wieku od 16-24 lat) - dotyczy wniosków o dofinansowanie zakupu aparatu słuchowego.
5. Faktura potwierdzająca zakup przedmiotów ortopedycznych/środków pomocniczych z wyszczególnieniem: całkowitego kosztu zakupu, kwoty opłaconej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, kwoty udziału własnego oraz kopia/skan pełnego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze z adnotacją sprzedawcy o zrealizowaniu zlecenia

lub

oferta cenowa określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, kwotą udziału własnego określająca termin realizacji zlecenia oraz kopia/skan zlecenia lekarskiego z adnotacją o przyjęciu do realizacji.

6. Klauzula informacyjna.

PROCEDURA ZAPOTARZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

O dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które posiadają potwierdzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia zlecenie do pełnej lub częściowej refundacji.

1. Druk wniosku można pobrać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, ul. Marcinkowskiego 6, pokój nr 2 lub wydrukować ze strony internetowej www.pcpr.powiatwolsztyn.pl z zakładki: druki do pobrania. Wniosek można także składać on-line po założeniu konta w systemie SOW na platformie sow.pfron.org.pl.
2. W przypadku składania wniosku w wersji papierowej wypełniony wniosek wraz z załącznikami należy złożyć w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, natomiast w przypadku składania wniosku przez system SOW, wymagane załączniki należy zeskanować i wstawić do systemu. Wszelkie niezbędne informacje znajdują się na stronie www.pfron.org.pl w zakładce: portal-sow.pfron.org.pl, który wyjaśnia sposób aplikowania o środki PFRON.
3. Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie ze środków Funduszu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, jeżeli średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:
 - 50 % przeciętnego wynagrodzenia na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 65 % przeciętnego wynagrodzenia, w przypadku osoby samotnej.
4. Wniosek niekompletny wymaga uzupełnienia w terminie 30 dni. Nieusunięcie braków w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
5. Rozpatrywanie wniosków następuje po otrzymaniu informacji z PFRON o wysokości środków na dany rok oraz po podziale tych środków na zadania przez Radę Powiatu Wolsztyńskiego.
6. Wnioski rozpatrywane są w oparciu o obowiązujące zasady oraz Zarządzenie Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w sprawie przyznawania dofinansowania ze środków PFRON.
7. Rozpatrywanie wniosków następuje według kolejności wpływu do PCPR do wyczerpania limitu środków przeznaczonych na zadanie wyłącznie w danym roku kalendarzowym.
8. O przyznaniu lub o odmowie dofinansowania Wnioskodawca zostaje powiadomiony pisemnie.
9. W przypadku wyczerpania limitu środków przyznanych na zadanie na dany rok, wnioski załatwione odmownie nie przechodzą do realizacji na rok następny.
10. Wszelkie zmiany we wniosku, jak i rezygnację należy zgłosić do PCPR w formie pisemnej.
11. W przypadku zgonu Wnioskodawcy po złożeniu wniosku, w trakcie realizacji, bądź po pozytywnym rozpatrzeniu, przyznane dofinansowanie nie zostanie wypłacone.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Treść klauzuli

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, ul. Marcinkowskiego 6, 64-200 Wolsztyn,
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Marcin Kosicki iod@presstu.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust. 1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. z 2020 r., poz. 920), Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2020 r., poz. 1876), Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2020 r., poz. 821), Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 869), Ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1282), Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2020 r., poz. 426 z późn. zm.),
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
6. posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie,
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2020 r., poz. 920), Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1876), Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 821), Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 869), Ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2019, poz. 1282), Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r., poz. 426 z późn. zm.) jest obligatoryjne, w pozostałych przypadkach dobrowolne.

.....
data

.....
czytelny podpis