

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

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
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

DANE PERSONALNE 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-mail:	

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

Orzeczenie dotyczące 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 przy pomocy 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

ŚREDNI DOCHÓD**Czy OzN przebywa w DPS:** Tak Nie Brak informacji**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:** indywidualne wspólne**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:****Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:****Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU****I. KOSZTY REALIZACJI**

Wnioskowana kwota dofinansowania nie może przekraczać całkowitego koszt 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:	

Przedmiot 3

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

RAZEM KWOTA WNISKOWANA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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	Do uzupełnienia
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

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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

KLAUZULA INFORMACYJNA

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w zakresie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zadań z zakresu rehabilitacji społecznej

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) uprzejmie informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych członków Państwa rodziny bądź podopiecznych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, ul. Marcinkowskiego 6, 64-200 Wolsztyn,
2. w przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych – Marcinem Kosickim, adres e-mail: iod@presstu.pl,
3. przekazane dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia procedury dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach zadań z zakresu rehabilitacji społecznej, w szczególności ustalenia kręgu osób uprawnionych do korzystania z rzeczowego dofinansowania poprzez rozpatrzenie wniosków, a także ustalenia wysokości dofinansowań i ich realizacji,
4. Pani/Pana dane osobowe, jak i dane osobowe członków Państwa rodziny bądź podopiecznych będą przetwarzane ze względu na prawnie ciążący obowiązek spoczywający na Administratorze na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 z późn. zm.),
5. podanie danych osobowych innych niż z powyższej podstawy prawnej jest dobrowolne, jednak konieczne w celu przeprowadzenia procedury dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zadań z zakresu rehabilitacji społecznej, w szczególności ustalenia kręgu osób uprawnionych do korzystania z rzeczowego dofinansowania poprzez rozpatrzenie wniosków, a także ustalenia wysokości dofinansowań i ich realizacji,
6. skutkiem niepodania danych osobowych jest brak możliwości uczestniczenia w procedurze dofinansowania, w szczególności ustalenia kręgu osób uprawnionych do korzystania z rzeczowego dofinansowania poprzez rozpatrzenie wniosków,
7. przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz danych osobowych członków Państwa rodziny bądź podopiecznych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie,
8. w przypadku powzięcia informacji o niewłaściwym przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych lub danych osobowych członków Państwa rodziny bądź podopiecznych przez Administratora przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi na przetwarzanie tych danych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania,
9. przekazane dane będą przechowane w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt,
10. w przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zadań z zakresu rehabilitacji społecznej, dane osobowe zgromadzone w celu przeprowadzenia procedury dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zadań z zakresu rehabilitacji społecznej będą przetwarzane zgodnie z przepisami prawa wynikającymi już tylko z obowiązku archiwizacyjnego na podstawie Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt,
11. odbiorcami Państwa danych osobowych oraz danych osobowych członków Państwa rodziny bądź podopiecznych mogą być instytucje uprawnione na podstawie przepisów prawa lub podmioty upoważnione na podstawie podpisanej umowy pomiędzy Dyrektorem PCPR, a podmiotem.

.....
data

.....
podpis

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Klauzula informacyjna.
2. Orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność.
3. W przypadku ustanowienia opieki prawnej postanowienie oraz zaświadczenie sądu.
4. W przypadku osób niezdolnych do samodzielnego złożenia podpisu kopia pełnomocnictwa notarialnego.
5. Zaświadczenie o pobieraniu nauki (dotyczy młodzieży uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lat), (dotyczy wniosków o dofinansowanie zakupu aparatów słuchowych).
6. Faktura potwierdzająca zakup z zapisami: całkowitego kosztu zakupu, kwoty opłaconej przez NFZ, kwoty udziału własnego lub faktura pro forma/kosztorys określające: całkowity koszt zakupu, kwotę opłaconą przez NFZ, kwotę udziału własnego wnioskodawcy z zapisem o dotyczącym terminu realizacji zlecenia.
7. Zrealizowane zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne (strony 1-5) z adnotacją sprzedawcy "zrealizowano" (w przypadku dokonania zakupu), lub zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne z potwierdzonym dofinansowaniem z NFZ (strony 1-3 zlecenia), (w przypadku załączania faktury pro forma/ kosztorysu).

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.pcp.rpowiatwolsztyn.pl z zakładki: druki do pobrania.
2. Istnieje możliwość złożenia wniosku przez platformę ePUAP oraz on-line po założeniu konta w systemie SOW na portalu sow.pfron.org.pl.
3. W przypadku składania wniosku w wersji papierowej wypełniony wniosek wraz z załącznikami (wymienione wyżej) należy złożyć w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, natomiast w przypadku składania wniosku w systemie SOW lub przez platformę ePUAP wymagane załączniki należy zeskanować i wstawić do systemu. Wszelkie niezbędne informacje o systemie SOW znajdują się na stronie www.pfron.org.pl w zakładce: portal-sow.pfron.org.pl, który wyjaśnia sposób aplikowania o środki PFRON.
4. 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.
5. Wniosek niekompletny wymaga uzupełnienia w terminie 30 dni. Nieusunięcie braków w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
6. 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.
7. Wnioski rozpatrywane są w oparciu o obowiązujące zasady oraz Zarządzenie Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie w sprawie przyznawania dofinansowania ze środków PFRON.
8. Rozpatrywanie wniosków następuje według kolejności wpływu do PCPR do wyczerpania limitu środków przeznaczonych na zadanie wyłącznie w danym roku kalendarzowym.
9. O przyznaniu lub o odmowie dofinansowania Wnioskodawca zostaje powiadomiony pisemnie. W przypadku złożenia wniosku przez system SOW, wniosek będzie procedowany w systemie.
10. W przypadku wyczerpania limitu środków przyznanych na zadanie na dany rok, wnioski załatwione odmownie nie przechodzą do realizacji na rok następny.
11. Wszelkie zmiany we wniosku, jak i rezygnację należy zgłosić do PCPR w formie pisemnej.
12. W przypadku zgonu Wnioskodawcy po złożeniu wniosku, w trakcie realizacji, bądź po pozytywnym rozpatrzeniu, przyznane dofinansowanie nie zostanie wypłacone.