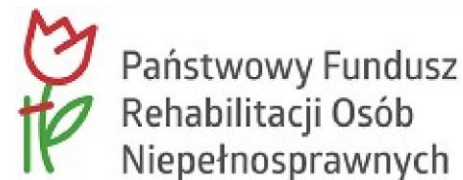


Data wpływu:

Nr wniosku:

**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<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 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<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 |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:                  | <input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:   |
| Numer orzeczenia:  |  |

|  |  |
|--|--|
| <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<br><input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><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**

**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**

**Przedmiot 1**

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

| 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 WNIOSKOWANA**

| 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                          | 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

**Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE****OŚWIADCZENIE**

Upředzony/upředzona 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 ze 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**

1. Kserokopia posiadanego orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia: o stopniu niepełnosprawności lub o zaliczeniu do jednej z trzech grup inwalidów lub o całkowitej/częściowej niezdolności do pracy/ niezdolności do samodzielnej egzystencji, o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (wydane przed dniem 1 stycznia 1998r.) lub niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia – oryginał do wglądu.
2. Kserokopia wypełnionego aktualnego zlecenia lekarskiego, poświadczona za zgodność z oryginałem, z podanym terminem realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.
3. Faktura zakupu lub inny dokument potwierdzający zakup – zawierający całkowity koszt przedmiotu/usługi, kwotę udziału NFZ i kwotę udziału klienta bądź faktura pro-forma lub inna oferta cenowa określająca cenę nabycia, kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotę udziału własnego.
4. Klauzula informacyjna.
5. Kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza (oryginał do wglądu) – o ile dotyczy.
7. Pełnomocnictwo do działania w imieniu mocodawcy w systemie SOW – o ile dotyczy.
8. Odwołanie pełnomocnictwa do działania w imieniu mocodawcy w systemie SOW – o ile dotyczy.
9. Inne dokumenty wymagane przez PCPR.

**Przyjmuję do wiadomości, że:**

1. Dofinansowanie będzie przyznane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu krośnieńskiego w danym roku i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
2. PESEL osoby niepełnosprawnej jest weryfikowany na każdym etapie rozpatrywania wniosku.
3. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnację należy zgłaszać do tut. PCPR.
4. Dofinansowaniu nie podlegają przedmioty zakupione przed dniem wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis Wnioskodawcy)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia 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 (Dz.U.UE.L.2016.119.1), zwane dalej RODO

**informuję, że:**

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krośnie reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą przy ul. Bieszczadzka 1, 38–400 Krosno, dane kontaktowe: sekretariat@pcprkrosno.pl, tel.: 13 43 75 732;
2. Inspektorem Ochrony Danych w PCPR jest Pan Jaromir Kranc. Jest to osoba, z którą można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych: e-mail: iodo@powiat.krosno.pl, tel:13 43 75 831, pisemnie na adres siedziby Administratora;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie obowiązku prawnego, który ciąży na Administratorze (art. 6 lit. c i 9 ust. 2 RODO) – w zakresie realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;
4. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych poprzez wprowadzenie wniosku do Systemu Obsługi Wsparcia (SOW) oraz mogą być przekazywane innym organom publicznym i podmiotom przetwarzającym dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów (np. Sąd, Policja, Starostwo Powiatowe oraz poczcie w celu zapewnienia korespondencji i bankom w celu realizacji przelewów), a także podmiotom działającym na zlecenie administratora takim jak dostawcy usług informatycznych, przy czym zakres przetwarzania ograniczony jest wyłącznie do zakresu związanego z realizacją zadań w tych systemach;
5. osobom, których dane osobowe są przetwarzane przysługuje prawo do żądania od Administratora dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
6. w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ww. ogólnego rozporządzenia przysługuje Pani/Panu prawo złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa);
7. będziemy przechowywać Państwa dane osobowe do chwili załatwienia sprawy, w której zostały one zebrane a następnie w celach archiwalnych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz instrukcją kancelaryjną, jednolitym rzeczowym wykazem akt oraz instrukcją o organizacji i zakresie działania archiwum zakładowego obowiązującą w PCPR – przez czas określony w tych przepisach (minimum 10 lat - kat. B10);
8. podanie danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa, w pozostałych przypadkach podawanie danych osobowych ma charakter dobrowolny;
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.