 **Nr wniosku: CPR.VII.4022. …. .2022.**

# WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY****(przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| Imię: |  |
| Drugie imię: |  |
| Nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Data urodzenia: |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| Miejscowość: |  |
| Ulica, nr domu/ lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |
| Rodzaj miejscowości: | * miasto
* wieś
 |
| Nr telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** |
| * Taki sam jak adres zamieszkania
 |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| Miejscowość: |  |
| Ulica, nr domu/ lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |

|  |
| --- |
| **DANE PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| Imię: |  |
| Drugie imię: |  |
| Nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Data urodzenia: |  |
| **DANE ADRESOWE** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| Miejscowość: |  |
| Ulica, nr domu/lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |
| Nr telefonu:  |  |
| Adres e-mail: |  |
| **OPIEKUN USTANOWIONY** |
| * 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:** |  |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności** | * Tak
* Nie
 |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * Znaczny
* Umiarkowany
* Lekki
* Nie dotyczy
 |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa
* II grupa
* III grupa
* nie dotyczy
 |
| **Niezdolność:** | * Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji
* Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
* Osoby całkowicie niezdolne do pracy
* Osoby częściowo niezdolne do pracy
* Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym
* Nie dotyczy
 |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo
* okresowo do dnia ............................
 |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | * 01-U – upośledzenie umysłowe
* 02-P – choroby psychiczne
* 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
	+ osoba głucha
	+ osoba głuchoniema
* 04-O – narząd wzroku
	+ osoba niewidoma
	+ osoba głuchoniewidoma
* 05-R – narząd ruchu
	+ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
	+ dysfunkcja obu kończyn górnych
* 06-E – epilepsja
* 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
* 08-T – choroby układu pokarmowego
* 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
* 10-N – choroby neurologiczne
* 11-I – inne

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 dotyczącym niepełnosprawności:** | * Tak
* Nie
 |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności** **(jeżeli dotyczy)** | * 2 przyczyny
* 3 przyczyny
 |

|  |
| --- |
| **ŚREDNI DOCHÓD** |
| Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:* Indywidualnie
* Wspólnie

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 wynosił: .....................................................złLiczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .......................... |

|  |
| --- |
| **KOSZT REALIZACJI** |
|  |
| **Przedmiot 1** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Przedmiot wniosku:** |  |
| **Numer zlecenia:** |  |
| **Całkowity koszt zakupu:** |  |
| **Dofinansowanie NFZ:** |  |
| **Udział własny wnioskodawcy:** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania:** |  |
|  |
| **Przedmiot 2** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Przedmiot wniosku:** |  |
| **Numer zlecenia:** |  |
| **Całkowity koszt zakupu:** |  |
| **Dofinansowanie NFZ:** |  |
| **Udział własny wnioskodawcy:** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania:** |  |
|  |
| **Przedmiot 3** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Przedmiot wniosku:** |  |
| **Numer zlecenia:** |  |
| **Całkowity koszt zakupu:** |  |
| **Dofinansowanie NFZ:** |  |
| **Udział własny wnioskodawcy:** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania:** |  |

|  |
| --- |
| **RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Całkowity koszt zakupu:** |  |
| **Dofinansowanie NFZ:** |  |
| **Udział własny wnioskodawcy:** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania:** |  |
|  |
| **FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH** |
| * Przelew na konto Wnioskodawcy/ osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:
 |
| **Właściciel konta** **(imię i nazwisko):** |  |
| **Nazwa Banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Przekazem pocztowym
 |
| * Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi
 |
| **OŚWIADCZENIE** |
| 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 1997 r. Kodeks Karny (tekst jednolity: Dz. U. z 2020r. 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** |
| Lista |
| 1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, a w przypadku dzieci do lat 16 kopia orzeczenia o niepełnosprawności.2. Oryginał faktury określający cenę brutto nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego pacjenta lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzoną za zgodność z oryginałem , przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, albo kopia zlecenia potwierdzonego przez NFZ na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz terminem realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji. 3. Postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (w przypadku osób ubezwłasnowolnionych) lub pełnomocnictwo notarialne (w przypadku pełnomocnictwa). |
| **KLAUZULA INFORMACYJNA** |
|  **Treść klauzuli** Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r.  w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie  swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy, iż: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie im. Jana Pawła II  w Zielonej Górze z siedzibą w Zielonej Górze, ul. Podgórna5, kod pocztowy 65-057, adres e-mail: sekretariat@pcpr.powiat-zielonogorski.pl , tel. 68 452 75 90.  Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywało na podstawie art. 6 ust. 1 RODO i w celu ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Sposoby kontaktu z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie im. Jana Pawła II  w Zielonej Górze: adres korespondencyjny: 65 – 057 Zielona Góra, ul. Podgórna 5, adres e-mail: k.bezak@pcpr.powiat–zielonogorski.pl, tel. 68 452 75 90. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów jednolitego rzeczowego wykazu akt obowiązujących w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie im. Jana Pawła II w Zielonej Górze. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r.  w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie  swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy, iż: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie im. Jana Pawła II  w Zielonej Górze z siedzibą w Zielonej Górze, ul. Podgórna5, kod pocztowy 65-057, adres e-mail: pcpr@powiat.zgora.pl, tel. 68 452 75 90.  Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym warunkującym zawarcie umowy/ przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.  Brak podania danych osobowych będzie skutkował pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia. Informujemy, że pani/ Pana dane osobowe będą przekazywane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i umieszczane w Systemie Obsługi Wsparcia. Pani/ Pana Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane. ……………………………….. …………………………………………..  data czytelny podpis |