 **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: .....................................................zł  Liczba 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](mailto: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](mailto: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 |