**Data wpływu:**

 **W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM**

 **ul. Mickiewicza 1**

 **18-200 Wysokie Mazowieckie**

 **tel. 86 306 72 08, 502 153 040**

**ul. Mickiewicza 1**

**18-200 Wysokie Mazowieckie**

**tel./fax 086-2753568**

**ul. Mickiewicza 1**

**18-200 Wysokie Mazowieckie**

**tel./fax 086-2753568**

**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:** | * miasto
* 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:** | * 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
 |
| **Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:** | * Tak
* 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**  |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Przedmiot wniosku:** |  |
| **Całkowity koszt zakupu:** |  |
| **Dofinansowanie NFZ:** |  |
| **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
* Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

**Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto, 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: ……

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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.) - 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 ( Dz. U. z 2019 poz. 1781)

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

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1) **kopia orzeczenia o niepełnosprawności** lub jego odpowiednika (oryginał dokumentu do wglądu),

2) **faktura** określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz **z potwierdzoną za zgodność**, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, **kopią zrealizowanego zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, albo kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam** **,** iż w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku **byłem-am / nie byłem-am** stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie oraz **mam / nie mam** zaległości wobec Państwowego Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

 **Oświadczam**, że zostałem poinformowany o tym, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wysokiem Mazowieckiem, 18-200, ul. Mickiewicza 1, kontakt ado@pcprwysokiemazowieckie.pl lub tel. 86 306 72 08 / 505 153 040
2. PCPR powołał Inspektora Ochrony Danych osobowych, kontakt iod@pcprwysokiemazowieckie.pl lub pisemnie na adres urzędu.
3. Dane są przetwarzane w **celu** przyznania dofinansowania zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
4. Podstawą prawną przetwarzania jest dobrowolna **zgoda** osoby której danej dotyczą oraz **Ustawa** z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
5. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub przyznania świadczeń.
6. Dane będą przechowywane przez okres realizacji świadczenia, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
7. Przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, wycofania zgody w dowolnym momencie, przy czym nie wpływa to na wcześniejszą zgodność z prawem przetwarzania danych.
8. Przysługuje mi również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Dane nie są przekazywane do państw trzecich.
10. W PCPR nie jest stosowane zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie.

data:…………………………….. podpis…………………………………….