**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:** |  pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie   do rozliczenia dofinansowania   do zawarcia umowy   do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku   do złożenia wniosku   inne |
| **DAN** | **E PERSONALNE WNIOSKODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć** |  mężczyzna  kobieta |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** |  miasto   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:** |  mężczyzna  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:** |  miasto   wieś |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** |  tak   nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** |  Znaczny   Umiarkowany   Lekki   Nie dotyczy |

|  |  |
| --- | --- |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** |  bezterminowo  okresowo – do dnia: |
| **Numer orzeczenia:** |  |
| **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 |
| **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 dot. niepełnosprawności:** |  tak   nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** |  2 przyczyny   3 przyczyny |

## ŚREDNI DOCHÓD

**Czy Osoba z Niepełnosprawnością 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:** |  | |
|  | **Przedmiot 4** | |
| **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** | **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

Uprzedzony/uprzedzona 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.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |
|  | **UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |
| **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE** | |
| **Lista** | |
|  | |

Wymagane załączniki (dokumenty):

**1)** W PRZYPADKU **ZAKUPIONYCH** **WYROBÓW MEDYCZNYCH**

a) ***Faktura*** **określająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ)** oraz **kwotę udziału własnego** lub inny dokument potwierdzający zakup **wraz z potwierdzoną za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie kopię zrealizowanego zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,

W PRZYPADKU **ZAMÓWIENIA** **WYROBÓW MEDYCZNYCH**

b) **kopia zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze **wraz z ofertą (fakturą proforma) określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) i kwotą udziału własnego** oraz **termin realizacji zlecenia** od momentu przyjęcia go do realizacji.

**2)** a) kopia orzeczenia o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów,

b) kopia orzeczenia o trwałej/czasowej niezdolności do pracy/samodzielnej egzystencji

c) kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 roku,

d) kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,

e) kopia orzeczenia o niepełnosprawności do 16-stego roku życia.

**W przypadku uzyskania nowego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego Wnioskodawca zobowiązany jest niezwłocznie o tym poinformować oraz dostarczyć jego kopię.**

**3)** W przypadku gdy w imieniu Wnioskodawcy występuje opiekun prawny, pełnomocnik lub przedstawiciel ustawowy należy dołączyć dokument potwierdzający pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie Sądu o opiece prawnej (oryginał do wglądu).

**4)** Oświadczenie o wysokości dochodów wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkujących z osobą niepełnosprawną w gospodarstwie domowym (przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku – zaświadczenia/dokumenty potwierdzające dochody do wglądu).

**5)** Inne dokumenty wymagane w zależności od indywidualnej sytuacji Wnioskodawcy,

**6)** Oświadczenie Wnioskodawcy.