**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 Rejonowego:** |  |
| **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** |
| **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** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **DAN** | **E 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** |
| **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

**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:** |  | |
| **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
* 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.

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych tzw. RODO, informujemy że:**

**Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ciechanowie z siedzibą w Ciechanowie przy ul. 17 Stycznia 7, 06-400 Ciechanów, a z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych można skontaktować się poprzez e-mail:** [**iod@pcpr-ciechanow.pl**](mailto:iod@pcpr-ciechanow.pl)

**Pełna wersja Klauzuli informacyjnej dostępna jest na stronie internetowej PCPR w Ciechanowie pod adresem:** [**www.pcpr-ciechanow.pl/pfron/rodo**](http://www.pcpr-ciechanow.pl/pfron/rodo)

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| **Lp.** | **Plik** |
| 1. | Faktura określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwota opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup. |
| 2. | Kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze – potwierdzona za  zgodność, przez świadczeniodawcę, realizującego zlecenie. |
| 3. | Kopia aktualnego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność Wnioskodawcy. |
| 4. | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny. |