

Data wpływu:

Nr wniosku:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## 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
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

## ŚREDNI DOCHÓD

**Czy OzN 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
<b>Przedmiot wniosku:</b>	
<b>Numer zlecenia:</b>	
<b>Całkowity koszt zakupu:</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ:</b>	
<b>Udział własny wnioskodawcy:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania:</b>	

### Przedmiot 3

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Przedmiot wniosku:</b>	
<b>Numer zlecenia:</b>	
<b>Całkowity koszt zakupu:</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ:</b>	
<b>Udział własny wnioskodawcy:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania:</b>	

### RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Całkowity koszt zakupu</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ</b>	
<b>Udział własny wnioskodawcy</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania</b>	

## 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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

Obligatoryjne załączniki wymagane przy złożeniu wniosku:

- kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne,
- pełnomocnictwo w przypadku występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej,
- kosztorys-oferta cenowa, faktura przelewowa,
- kopia zlecenia lekarskiego poświadczona za zgodność z oryginałem,
- zgoda na przetwarzanie danych osobowych,
- zgoda na przetwarzanie danych osobowych osoby udostępniającej rachunek bankowy,
- oświadczenie o terminie rozpatrzenia wniosku.

**Załącznik nr 1 do wniosku:**

**Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze - Pełnomocnictwo**

Miejscowość: ..... dnia .....

**PEŁNOMOCNICTWO**

**Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa:**

Imię/imiona i Nazwisko .....  
PESEL..... Data Urodzenia.....  
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)  
.....  
Wydany przez .....  
Adres do korespondencji.....  
.....  
Numer telefonu..... Adres e-mail.....

**Niniejszym udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu:**

Imię/imiona i Nazwisko .....  
PESEL..... Data Urodzenia.....  
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)  
.....  
Wydany przez .....  
Adres do korespondencji.....  
.....  
Numer telefonu....., Adres e-mail.....

Pełnomocnictwo obejmuje upoważnienie do sukcesywnego składania wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem na rzecz mocodawcy-Wnioskodawcy, a w szczególności do: **składania, podpisywania, poprawiania i uzupełniania wniosków o dofinansowanie, udzielania niezbędnych wyjaśnień w trakcie rozpatrywania wniosków o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie, wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie oraz do odbioru przyznanej mi kwoty dofinansowania w kasie Starostwa Powiatowego w Zakopanem** w ramach zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem.

Potwierdzam iż zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO załączoną do wniosku, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej RODO) i przyjąłem/am do wiadomości.

.....  
(podpis osoby udzielającej pełnomocnictwo)

.....  
(podpis osoby przyjmującej pełnomocnictwo)

**Odwołanie niniejszego pełnomocnictwa może nastąpić w każdym czasie.**



**Załącznik nr 2 do wniosku:**

**Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze – Klauzula Informacyjna – RODO.**

**Oświadczam**, że nie ubiegam, nie ubiegałem/ubiegałam się o dofinansowanie ze środków PFRON na cel, którego dotyczy niniejszy wniosek za pośrednictwem innego samorządu powiatowego.

**KLAUZULA INFORMACYJNA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE  
W ZAKOPANEM**

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest udzielona dobrowolnie na podstawie art. 6 ust. 1 lit c) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej RODO).

**Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5 moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, nr PESEL, daty urodzenia, płci, adresu zamieszkania, numeru telefonu, adresu e-mail, informacji zdrowotnych dotyczących mojej niepełnosprawności, danych rachunku bankowego oraz danych dotyczących dochodów finansowych.**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych są:

- a) PFRON z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych powołanego w PFRON – [iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl),
- b) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane, reprezentowane przez Dyrektora Renatę Zielińską,
- c) Centrum Usług Wspólnych w Zakopanem przy ul. Chramcówki 15, 34-500 Zakopane.

2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem został powołany Inspektor Ochrony Danych z którym można kontaktować się telefonicznie: 799 186 893 oraz mailowo: [randal999@wp.pl](mailto:randal999@wp.pl).

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań urzędu z zakresu rehabilitacji społecznej.

4. W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązane jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem;
- sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
- ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO.

5. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

6. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.

8. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne i niezbędne do założenia konta w Systemie SOW. Odmowa podania ww. danych uniemożliwi złożenie wniosku i jego rozpatrzenie.

Potwierdzam iż zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 w/w Rozporządzenia i przyjąłem/am do wiadomości.

Data: .....

.....  
(podpis Wnioskodawcy/Pełnomocnika/Opiekuna Prawnego)

**KLAUZULA INFORMACYJNA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE  
W ZAKOPANEM DLA OSOBY UDOSTĘPNIAJĄCEJ RACHUNEK BANKOWY**

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest udzielona dobrowolnie na podstawie art. 6 ust. 1 lit c) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej RODO).

**Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5 moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska oraz danych rachunku bankowego.**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych są:

a) PFRON z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych powołanego w PFRON – [iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl),

b) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane, reprezentowane przez Dyrektora Renatę Zielińską,

c) Centrum Usług Wspólnych w Zakopanem przy ul. Chramcówki 15, 34-500 Zakopane.

2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem został powołany Inspektor Ochrony Danych z którym można kontaktować się telefonicznie: 799 186 893 oraz mailowo: [randal999@wp.pl](mailto:randal999@wp.pl).

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań urzędu z zakresu rehabilitacji społecznej.

4. W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązane jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem;
- sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
- ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO.

5. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

6. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.

8. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Potwierdzam iż zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 w/w Rozporządzenia i przyjąłem/am do wiadomości.

Data: .....

.....  
(podpis właściciela rachunku bankowego)

**Załącznik nr 4 do Wniosku:**

**Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze – Oświadczenie o terminie rozpatrzenia wniosku.**

....., dnia .....

(miejscowość)

.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(ulica i nr domu)

.....  
(kod pocztowy, miejscowość)

**OŚWIADCZENIE o terminie rozpatrzenia wniosku**

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), iż mój wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON w zadaniu p.n. „Dofinansowanie do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze”, tj. dofinansowanie do:

.....  
.....  
.....

zostanie rozpatrzony w terminie do dnia **28 czerwca 2024 r.**

.....  
(podpis Wnioskodawcy/Pelnomocnika/Opiekuna Prawnego)