

## WNIOSEK

### O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY	
Wnioskodawca składa wniosek:	
Postanowieniem Sądu nr z dnia	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA	
Województwo:	
Powiat/Gmina	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu/ Nr lokalu	
Kod pocztowy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY	
------------------------	--

Taki sam jak adres zamieszkania

Województwo:	
Powiat/Gmina	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu/Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO	
Województwo:	
Powiat/Gmina	
Miejscowość:	
Ulica:	

Nr domu:/Nr lokalu	
Kod pocztowy:	
Nr telefonu	
Adres e-mail:	

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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																									
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> na stałe <input type="checkbox"/> okresowo do.....																									
Numer orzeczenia:																										
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III																									
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> częściowa <input type="checkbox"/> całkowita <input type="checkbox"/> całkowita do samodzielnej egz.																									
Rodzaj niepełnosprawności:	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe</td> <td><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu</td> <td><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne</td> <td><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</td> <td><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i chór. słuchu</td> <td><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych</td> <td><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> osoba głucha</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 11-I – inne</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema</td> <td><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja</td> <td><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku</td> <td><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> osoba niewidoma</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu	<input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego	<input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego	<input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i chór. słuchu	<input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> osoba głucha		<input type="checkbox"/> 11-I – inne	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniema	<input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja	<input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe	<input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku	<input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia		<input type="checkbox"/> osoba niewidoma			<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma		
<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu	<input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego																								
<input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego	<input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego																								
<input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i chór. słuchu	<input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne																								
<input type="checkbox"/> osoba głucha		<input type="checkbox"/> 11-I – inne																								
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniema	<input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja	<input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe																								
<input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku	<input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia																									
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma																										
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma																										
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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie																									
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny <input type="checkbox"/> więcej niż 3																									

### ŚREDNI DOCHÓD

**Czy ON przebywa w DPS:**  Tak  Nie

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:  indywidualne  wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: ..... zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS

.....

obowiązujące kryterium

.....

pieczętka i podpis pracownika

### Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

#### I. KOSZTY REALIZACJI

Wnioskowane dofinansowanie nie może przekraczać całkowitego koszt zakupu pomniejszonego o dof NFZ. Przykład: jeżeli aparat słuchowy kosztuje 4.000 zł a NFZ przyznał 1050 zł, to maksymalna wnioskowana kwota dofinansowania może wynosić 2950 zł. Dofinansowanie NFZ musi być większe od 0.

#### PRZEDMIOT 1

Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

#### PRZEDMIOT 2

Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

## PRZEDMIOT 3

Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

## PRZEDMIOT 4

Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

## PRZEDMIOT 5

Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

## RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA

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 (w przypadku przekazu wymagane oświadczenie o braku konta bankowego)

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

## OŚWIADCZENIE

Uprowadzony/uprowadzona 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
1	
2	
3	
4	
5.	
6.	

**INFORMACJA DOT. PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH (OBOWIĄZEK INFORMACYJNY)**

- Zgodnie z art 13 i 14 RODO informujemy, że administratorem Pani/Pana danych osobowych (dalej jako: „Administrator”) jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaworznie z siedzibą przy ul. Północnej 9b, 43-600 Jaworzno jako podmiot, któremu powiat powierzył do wykonania zadania rozpatrzenia wniosków o dofinansowanie z PFRON, NIP:6320008213, REGON: 003451016, tel. (0-32) 618-18-40, fax (0-32) 618-18-41, strona internetowa: [www.mops.jaworzno.pl](http://www.mops.jaworzno.pl), e-mail: [mops@mops.jaworzno.pl](mailto:mops@mops.jaworzno.pl).
- We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora można uzyskać informację, kontaktując się z Inspektorem Ochrony Danych, Panią Angeliką Klimczak, telefonicznie, dzwoniąc pod numer telefonu: 734-459-362, przesyłając informację na adres e-mail: [angelika@informatics.jaworzno.pl](mailto:angelika@informatics.jaworzno.pl), listownie i osobiście pod adresem siedziby Administratora: ul. Północna 9b, 43-600 Jaworzno.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane 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 realizacja zadań z zakresu rehabilitacji społecznej, która ma na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestniczenia w życiu społecznym, monitorowanie i kontrola oraz ewaluacja i sprawozdawczość, jak również ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń i archiwizacja.
- Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO w szczególności w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i jej aktów wykonawczych, 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. Podstawą przetwarzania danych są przepisy prawa tzn. że podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Pani/Pana wniosku jest obowiązkowe, a konsekwencją niepodania przez Panią/Pana danych osobowych będzie brak możliwości przyznania dofinansowania.
- Pani/Pana 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.
- Dostęp do danych będą miały osoby pracujące i współpracujące z Administratorem w tym podmioty świadczące asystę techniczną oprogramowania, służącego do obsługi zadań PFRON. Pani/Pana dane w przypadkach ściśle określonych przepisami prawa mogą zostać ujawnione poprzez przesłanie uprawnionym podmiotom, w tym Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, NIP 525-100-08-10, REGON: 012059538, tel. 22 5055500, strona internetowa: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), Kontakt do IOD, e-mail: [iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl).
- Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych poza Europejski Obszar Gospodarczy. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane.
- Informujemy, że przysługują Pani/Panu następujące prawa dotyczące danych osobowych: dostępu do danych osobowych (art. 15 RODO); sprostowania lub uzupełniania danych osobowych, w przypadku, gdy Pani/Pana zdaniem są one nieprawidłowe lub niekompletne (art. 16 RODO); prawo do usunięcia danych (art. 17 RODO); ograniczenia przetwarzania danych (art. 18 RODO), prawo do przenoszenia danych osobowych (art. 20 RODO) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją (art. 21 RODO). W celu realizacji powyższych praw należy złożyć pisemny wniosek z wybranym żądaniem.
- Ma Pani/Pan również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez Administratora.