

Data wpływu:

Nr wniosku:

PCPR.IV.4033.

**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:       | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><input type="checkbox"/> inne |

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola   | Do uzupełnienia |
|--------------|-----------------|
| Imię:        |                 |
| Drugie imię: |                 |
| Nazwisko:    |                 |
| PESEL:       |                 |

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Data urodzenia:</b> |   |
| <b>Płeć</b>            | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

| <b>Nazwa pola</b>           | <b>Do uzupełnienia</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<br><input type="checkbox"/> wieś |
| <b>Nr telefonu:</b>         |  |
| <b>Adres e-mail:</b>        |  |

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

| <b>Nazwa pola</b>    | <b>Do uzupełnienia</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**

| <b>Nazwa pola</b>   | <b>Do uzupełnienia</b> |
|---------------------|------------------------|
| <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 I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

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

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

| <b>Nazwa pola</b>   | <b>Do uzupełnienia</b>   |
|---|--|
| <b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Stopień niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| <b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>                  | <input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/><br>okresowo – do dnia:  |
| <b>Numer orzeczenia:</b>  |  |

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

## 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.

**W przypadku wnioskowania o dofinansowanie zakupu tego samego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego ( np. pieluchomajtki /worki /cewniki ) należy wpisać łączną wartość z faktur.**

#### 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:              |                 |

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.

| <i>Miejscowość</i> | <i>Data</i> | <i>Podpis Wnioskodawcy</i> |
|--------------------|-------------|----------------------------|
|                    |             |                            |

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik  |
|-----|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> Załącznik nr 1 - Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.  |
| 2.  | <input type="checkbox"/> Załącznik nr 2 – Oświadczenie o dochodzie.   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego lub orzeczenia o niepełnosprawności.  |
| 4.  | <input type="checkbox"/> Kserokopia zlecenia zrealizowanego lub przyjęte do realizacji, potwierdzona za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego to zlecenie.  |
| 5.  | <input type="checkbox"/> Faktura (określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup) lub oferta cenowa (określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji). |

**UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

| <b>Lp.</b> | <b>Plik</b>   |
|------------|---|
| 1.         | <input type="checkbox"/> Załącznik nr 1 - Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.  |
| 2.         | <input type="checkbox"/> Załącznik nr 2 – Oświadczenie o dochodzie.   |
| 3.         | <input type="checkbox"/> Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego lub orzeczenia o niepełnosprawności.  |
| 4.         | <input type="checkbox"/> Kserokopia zlecenia zrealizowanego lub przyjęte do realizacji, potwierdzona za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego to zlecenie.  |
| 5.         | <input type="checkbox"/> Faktura (określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup) lub oferta cenowa (określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji). |

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**

| <b>Lista</b> |   |
|--------------|---|
| 1.           | Załącznik nr 1 - Zgoda na przetwarzanie danych osobowych. |
| 2.           | Załącznik nr 2 – Oświadczenie o dochodzie                 |



**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego( o ile dotyczy):

.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez administratora danych tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Piastowskiej 33a Nysie, w celach związanych z realizacją wniosku dotyczącego dofinansowania ze środków PFRON kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ustawą o ochronie danych osobowych.

Ponadto wyrażam zgodę na podanie mojego numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktowania się ze mną w sytuacjach , gdy jest to niezbędne.

Podanie numeru telefonu jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

.....  
podpis wnioskodawcy\*/ przedstawiciela ustawowego\* / opiekuna prawnego\* / pełnomocnika\*

.....  
(data)

\* Niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE**

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych ( art. 233 KK § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.) oświadczam, że przeciętny **miesięczny dochód (netto)** w rodzinie, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczany za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

wynosił.....zł , słownie.....

Ilość osób w rodzinie\* .....

.....  
podpis wnioskodawcy\*\*/ przedstawiciela ustawowego\*\* / opiekuna prawnego\*\* / pełnomocnika\*\*

.....  
(data)

\*Zgodnie z przepisem art. 3 pkt 16 ustawy o świadczeniach rodzinnych, przez rodzinę rozumie się odpowiednio następujących członków rodziny: małżonków, rodziców dzieci, opiekuna faktycznego dziecka oraz pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25. roku życia, a także dziecko, które ukończyło 25. rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (t.j.: Dz. U. z 2022 r., poz. 1297), przy czym do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, a także pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.

\*\* Niepotrzebne skreślić

**Pouczenie:**

Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis,

albo  
w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać.