Data wpływu:
Nr sprawy:

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

DANE WNIOSKODAWCY / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (małoletniego Wnioskodawcy) / OPIEKUNA PRAWNEGO / PEŁNOMOCNIKA *

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Adres:	
E-mail:	
Nr telefonu:	
Stopień niepełnosprawności:	

DANE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Adres:	
E-mail:	
Nr telefonu:	
Stopień niepełnosprawności:	

* niepotrzebne skreślić

Część B – PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego:	
Numer faktury:	

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/ osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

☐ Proszę o przekazanie środków finansowych przekazem pocztowym

☐ Konto Wykonawcy / Sprzedawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Nazwa firmy:	
Numer rachunku bankowego:	

_____
data

_____
czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

1. Niniejszym oświadczam, że:
   - liczba osób w moim wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: _____
   - przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił: _____ zł.
2. Ponadto oświadczam, że znane mi są procedury i zasady otrzymania dofinansowania określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z dnia 25 czerwca 2002 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 926).
3. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować MOPR w ciągu 14 dni od zaistnienia zmian.
4. a) Przebywam - ☐, b) Nie przebywam - ☐: w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej (np. DPS) *
5. **Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. 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.**
6. 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 2018r. o ochronie danych osobowych.

_____	_____
data	czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika**

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych takich jak numer telefonu/e-mail w celu ułatwienia kontaktu z pracownikiem MOPR w Koninie w związku z realizacją złożonego przeze mnie wniosku (na podstawie art. 6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.).

Jest mi wiadomo, że mogę w dowolnym momencie wycofać złożoną zgodę. Wycofanie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie udzielonej zgody przed jej wycofaniem.

_____	_____
data	czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika**

* Właściwe zaznaczyć

** niepotrzebne skreślić

WYMAGANE DOKUMENTY DO WNIOSKU

1. Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność *
2. Faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie(sklep), kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, albo
3. Kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.
4. O ile będzie dotyczyć: Na wezwanie MOPR dokumenty potwierdzające dane podane we wniosku w szczególności dotyczące: wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.
5. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej- kopia zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego*
6. W przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika kopie pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza*

(Dokumenty, o których mowa w pkt 4 należy dostarczyć w wyznaczonym przez MOPR terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania.)

* Oryginał do wglądu

WYPEŁNIA MOPR

☐ Wniosek wpłynął kompletny

☐ Wniosek należy uzupełnić o: _____

_____

_____	_____
data wpływu wniosku do MOPR	podpis pracownika i pieczęć MOPR

Uwaga: złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art.13 ust.1 i ust.2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i rady (UE) 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest
   a) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa,
   b) Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Przyjaźni 5, 62-510 Konin, tel. 63 242 62 32, e-mail: sekretariat@moprkonin.lm.pl
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych:
   a) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: iod@pfron.org.pl, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. 22 50 55 500
   b) Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, Pani Joanna Jaworska: ul. Przyjaźni 5, 62-100 Konin, tel. 63 24 99 671
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez:
   a) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu zarządzania systemem SOW, monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacji (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.),
   b) Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w związku ze złożonym wnioskiem o udzielenie pomocy w celu przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej i przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.), w tym w systemie informatycznym SOW (system obsługi wsparcia), który ma usprawnić proces aplikowania o środki PFRON. Regulamin korzystania z systemu SOW dostępny jest pod adresem https://sow.pfron.org.pl.
4. Zakres przetwarzanych Pani/ Pana danych osobowych określony jest przepisami prawa.
5. W przypadku, gdy przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie zgody (art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie udzielonej zgody przed jej cofnięciem.
6. Jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie Pani/ Pana zgody, podanie tych danych osobowych administratorowi ma charakter dobrowolny.
7. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
   a) podmioty uprawnione na mocy przepisów prawa
   b) podmioty uprawnione na mocy zawartych umów na powierzenie przetwarzania danych osobowych przez administratorów
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
9. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt. 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
10. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
11. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
12. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa przyznania wnioskowanych świadczeń.
13. Pani/ Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będzie wobec nich profilowania.

_____	_____
data	czytelny podpis

UWAGA!!!
Ważne aby dochód na jedna osobę w rodzinie we wniosku był prawidłowo obliczony!!!

Jak prawidłowo obliczyć przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, za ostatni kwartał.

Aby prawidłowo obliczy dochód potrzebny do wniosku trzeba dodać wszystkie **dochody netto** (bez podatku i składek na ubezpieczenie społeczne) w rodzinie z trzech ostatnich miesięcy pomniejszone o zasiłek pielęgnacyjny, następnie podzielić je przez 3 miesiące, następnie podzielić przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie.

Np.: rodzina składa się z trzech osób /2osoby dorosłe i dziecko/ - co miesiąc dochód stały.

W przypadku gdy dochód jest stały – taki sam w każdym miesiącu, wystarczy zsumować dochody i podzielić przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym:

Dochód matki: 1 200,00 zł netto Dochód ojca: 2 000,00 zł netto

1 200,00 + 2 000,00 = 3 200,00 / 3 osoby = 1 066,67 zł – na jednego członka rodziny

W przypadku gdy w każdym miesiącu jest inna kwota dochodu netto:

Dochód matki: 1 miesiąc: 1 200,00 zł netto, 2 miesiąc: 1 000,00 zł netto, 3 miesiąc: 900,00 zł netto. Dochód ojca: 2 000,00 zł netto – dochód w każdym miesiącu taki sam.

Dochód matki 3 trzech miesięcy zsumować i podzielić przez 3 miesiące, następnie dodać dochód ojca i podzielić przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym.

(1 200,00 + 1 000,00 + 900,00) / 3 miesiące = 1 033,33 zł + 2 000,00 /dochód ojca/ = 3 033,33 zł / 3 osoby w rodzinie = 1 011,11 zł – na jednego członka rodziny