



Miejski Ośrodek Pomocy
Społecznej w Zielonej Górze
Dział Rehabilitacji Zawodowej
i Społecznej
ul. Długa 13, tel. (68) 411-51-75

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	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek na mocy:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa
Postanowienia Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego / niepoświadczonego notarialnie z dnia:	
Do wniosku należy dołączyć skan pełnomocnictwa lub zaświadczenia o ustanowieniu opiekuna prawnego	
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat/Gmina:	
Kod pocztowy i miejscowość:	
Ulica, nr domu/ nr lokalu:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat/Gmina:	
Kod pocztowy i miejscowość:	
Ulica, nr domu/nr lokalu:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY (o ile dotyczy)

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

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy) Taki sam jak adres zamieszkania Wnioskodawcy

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat/Gmina:	
Kod pocztowy i miejscowość:	
Ulica, nr domu/ nr lokalu:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres e-mail:	

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

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
Ważność orzeczenia:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<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

Rodzaj niepełnosprawności:	<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 – dysfunkcja narządu wzroku <input type="checkbox"/> 05-R – dysfunkcja narządu ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca/podopieczny porusza się na wózku inwalidzkim <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
-----------------------------------	---

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 (jeżeli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny
---	--

CZĘŚĆ B – DANE WNIOSKODAWCY

I. KOSZTY REALIZACJI

Wnioskowana kwota dofinansowania nie może przekraczać całkowitego kosztu zakupu pomniejszonego o dofinansowanie NFZ. Przykład: Jeżeli aparat słuchowy kosztuje 4 000 zł, a NFZ przyznał 1 050 zł, to maksymalna kwota wnioskowana może wynosić 2 950 zł. Dofinansowanie NFZ musi być większe od 0 zł.

Przedmiot 1

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku	
Numer zlecenia	

Całkowity koszt zakupu: zł	Dofinansowanie NFZ: zł
Wnioskowana kwota dofinansowania: zł	Udział własny Wnioskodawcy zł

Przedmiot 2	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku	
Numer zlecenia	
Całkowity koszt zakupu: zł	Dofinansowanie NFZ: zł
Wnioskowana kwota dofinansowania: zł	Udział własny Wnioskodawcy zł
Przedmiot 3	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku	
Numer zlecenia	
Całkowity koszt zakupu: zł	Dofinansowanie NFZ: zł
Wnioskowana kwota dofinansowania: zł	Udział własny Wnioskodawcy zł
Przedmiot 4	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku	
Numer zlecenia	
Całkowity koszt zakupu: zł	Dofinansowanie NFZ: zł
Wnioskowana kwota dofinansowania: zł	Udział własny Wnioskodawcy zł
Przedmiot 5	
Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku	
Numer zlecenia	
Całkowity koszt zakupu: zł	Dofinansowanie NFZ: zł
Wnioskowana kwota dofinansowania: zł	Udział własny Wnioskodawcy zł

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą 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 ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO – Rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 lit. c oraz e RODO, 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.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa 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.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) na podstawie art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

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

Co należy dołączyć do wniosku?

1. **kopię aktualnego orzeczenia** o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego,
2. **kopię zrealizowanego zlecenia** na wyroby medyczne, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez sprzedawcę,
3. **fakturę lub inny dokument potwierdzający zakup** wystawione na Wnioskodawcę, a w przypadku dziecka z niepełnosprawnością na jego rodzica lub opiekuna prawnego, wyszczególniające kwotę zakupu ogółem, kwotę opłaconą przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotę udziału własnego, opłacone w całości ze środków Wnioskodawcy lub płatne przelewem na konto sprzedawcy,
4. **kserokopię wyroku o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kserokopię pełnomocnictwa notarialnego** w przypadku, gdy w imieniu osoby z niepełnosprawnością występuje inna osoba.