

Data wpływu:

Nr sprawy:

WNIOSEK
o świadczenie w ramach Modułu I programu
„Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”

Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru. Należy wypełnić poszczególne punkty wniosku lub wpisać „nie dotyczy”. Informacje o programie: www.pfron.org.pl – zakładka „O Funduszu – Programy i zadania PFRON”.

INFORMACJE o osobie składającej wniosek

Nazwa pola	Zawartość
Wniosek jest składany:	☐ we własnym imieniu ☐ przez opiekuna małoletniego
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Data przybycia do Polski	

ADRES POBYTU

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam, jak adres pobytu	
Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	

Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI osoby składającej wniosek

Wypełnia osoba składająca wniosek w imieniu własnym.	
Nazwa pola	Zawartość
Stopień niepełnosprawności (w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności):	☐ I ☐ II

INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEJ POMOCY FINANSOWEJ

Wysokość wnioskowanej pomocy w ramach Modułu I programu: zł
Świadczenie przeznaczone jest na sfinansowanie Beneficjentowi programu wymaganego udziału własnego w zakupie lub naprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Dotyczy zlecenia będącego przedmiotem niniejszego wniosku.

OSOBA MAŁOLETNIA

DANE MAŁOLETNIEGO - wypełnia osoba składająca wniosek w imieniu małoletniego.

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Data przybycia do Polski:	
☐ ADRES POBYTU MAŁOLETNIEGO ☐ Taki sam, jak adres pobytu osoby składającej wniosek	
Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	

Nazwa pola	Zawartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI MAŁOLETNIĘGO

Nazwa pola	Zawartość
Stopień niepełnosprawności (w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności):	☐ I ☐ II

INFORMACJE O WNIOSEKOWANEJ POMOCY DLA MAŁOLETNIĘGO

Wysokość wnioskowanej pomocy w ramach Modułu I programu: zł
Świadczenie przeznaczone jest na sfinansowanie Beneficjentowi programu wymaganego udziału własnego w zakupie lub naprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Dotyczy zlecenia będącego przedmiotem niniejszego wniosku.

FORMA PRZEKAZANIA ŚWIADCZENIA

☐ przelew na konto podmiotu realizującego zaopatrzenie w wyrób medyczny lub jego naprawę ☐ przelew na rachunek bankowy wskazany we wniosku o przyznanie świadczenia* ☐ gotówka w kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)	
* Informacja o rachunku bankowym, na który ma zostać przekazane świadczenie:	
Nazwa pola	Zawartość
Dane właściciela rachunku:	
Nazwa banku:	
Numer rachunku bankowego:	

Oświadczam, że:

- 1) Nie wnioskuję na podstawie odrębnych wniosków w ramach programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” o świadczenie w ramach Modułu I programu na to samo zlecenie, które stanowi przedmiot wniosku.
- 2) Załączam kopię zlecenia na zaopatrzenie w wyrób medyczny albo naprawę wyrobu medycznego, oraz kopię dowodu zakupu lub naprawy wyrobu medycznego, będącego przedmiotem zlecenia.
- 3) Informacje podane we wniosku są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

Miejscowość	Data	Podpis osoby składającej wniosek
Data i podpis pracownika prowadzącego sprawę:		Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:

Klauzula informacyjna - program „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”

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 Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zgorzelcu, ul. Boh. II AWP 8, 59-900 Zgorzelec.
2. Administrator danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, kom: 603 154 875; e-mail: iod.pcpr@powiat.zgorzelec.pl.
3. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. b i c, art. 9 ust. 2 lit. b RODO; ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w zakresie udzielonej zgody w celu realizacji zadań związanych z programem „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, dane będą przekazywane w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych. Ponadto mogą być one ujawniane podmiotom, z którymi Administrator zawarł umowy na świadczenie usług prawnych, IT, serwera mailowego.
5. Mają Państwo prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
6. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem – przetwarzaniu danych osobowych, mają Państwo prawo do wniesienia z tego tytułu skargi do organu nadzorczego. Adres: Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00.
7. Pani/Pana dane, nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
8. Podanie przez Państwa danych osobowych w zakresie wymaganym prawem jest obligatoryjne. Konsekwencją nie podania wymaganych prawem danych osobowych, będzie brak możliwości skorzystania z pomocy i wsparcia, które oferuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zgorzelcu. W pozostałych przypadkach podanie danych jest dobrowolne a zgoda na ich przetwarzanie może być odwołana w dowolnym momencie.
9. Zgromadzone w toku przetwarzania dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z Instrukcją kancelaryjną obowiązującą w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Zgorzelcu.

.....
podpis