

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](http://www.pfron.org.pl) – zakładka „O Funduszu – Programy i zadania PFRON”.

**INFORMACJE o osobie składającej wniosek**

Nazwa pola	Zawartość
<b>Wniosek jest składany:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> przez opiekuna małoletniego
<b>Imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Data przybycia do Polski</b>	

**ADRES POBYTU**

Nazwa pola	Zawartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam, jak adres pobytu

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

**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):	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Taki sam, jak adres pobytu osoby składającej wniosek	
Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

## STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI MAŁOLETNIEGO

Nazwa pola	Zawartość
Stopień niepełnosprawności (w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności):	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II

## INFORMACJE O WNIOSKOWANEJ POMOCY DLA MAŁOLETNIEGO

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\*

\* Informacja o rachunku bankowym, na który ma zostać przekazane świadczenie:

Nazwa pola	Zawartość
Dane właściciela rachunku:	
Nazwa banku:	
Numer rachunku bankowego:	

**UWAGA:** W przypadku, gdy Wnioskodawca wskazuje konto bankowe innej osoby fizycznej konieczna jest zgoda właściciela konta o treści:

*Jako właściciel wskazanego wyżej rachunku bankowego wyrażam zgodę na przelew pieniędzy z PCPR na moje konto.*

Podpis : .....

### 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.

- 4) Załączam kopię ukraińskiego orzeczenia o niepełnosprawności, w przypadku braku dołączenia orzeczenia należy wypełnić oświadczenie:

Oświadczam:

- w swoim imieniu,  
 jako opiekun niepełnosprawnego dziecka,

że posiadam aktualny dokument o niepełnosprawności podczas składania wniosku oraz jego realizacji **w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności**,  
**w stopniu:**  I  II

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

## INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych informuję w ramach programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”- zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 i art. 14 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej w skrócie „RODO”, że

### 1. ADMINISTRATOR DANYCH

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Wierzbowa 1, 62-100 Wągrowiec reprezentowany przez Dyrektora

### 2. INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (Paulina Rogalska), z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych, w następujący sposób:

pod adresem poczty elektronicznej: [iod@huspremium.pl](mailto:iod@huspremium.pl)

pisemnie na adres siedziby Administratora.

### 3. PODSTAWA PRAWNA I CELE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Państwa dane osobowe przetwarzane są w o celu uzyskania pomocy z programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”

Państwa dane będą przetwarzane na podstawie:

- ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.).
- ustawę z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa;
- uchwałą nr 3/2022 Rady Nadzorczej PFRON z dnia 18 marca 2022 r. w sprawie zatwierdzenia programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”.

### 4. ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH

Państwa dane będą przekazywane podmiotom świadczącym asystę i wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych w których są przetwarzane Pani/Pana dane oraz kancelariom prawnym w razie wystąpienia roszczeń

Państwa dane osobowe będą przekazywane Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa.

### 5. OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH OSOBOWYCH

Państwa dane osobowe będą przechowywane okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa oraz przechowywane w celach archiwalnych, przez okres, który wyznaczony zostanie przede wszystkim na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej.

### 6. PRAWA OSÓB, KTÓRYCH DANE DOTYCZA, W TYM DOSTĘPU DO DANYCH OSOBOWYCH

Na zasadach określonych przepisami RODO, posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora:

- dostępu do treści swoich danych osobowych;

- sprostowania swoich danych osobowych;
- ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych;
- przenoszenia swoich danych osobowych,
- prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych na zasadach określonych w art. 21 RODO
- prawo do cofnięcia zgody w przypadku gdy do przetwarzania danych osobowych konieczne jest wyrażenie zgody,

Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie Państwa danych do momentu jej wycofania  
 prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

#### **7. INFORMACJA O WYMOGU/DOBROWOLNOŚCI PODANIA DANYCH ORAZ KONSEKWENCJACH NIE PODANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Podanie danych jest warunkiem zawarcia umowy / realizacji wniosku a nie podanie swoich danych, będzie oznaczało brak możliwości zawarcia umowy/ realizacji wniosku nie będziemy mogli zawrzeć lub wykonać takiej umowy.

#### **8. ŹRÓDŁO DANYCH**

PCPR może pozyskiwać Państwa dane od osób upoważnionych.

#### **9. ZAUTOMATYZOWANE PODEJMOWANIE DECYZJI, PROFILOWANIE**

Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

#### **10. PRZEKAZYWANIE DO PAŃSTW TRZECICH**

Administrator nie będzie przekazywał Państwa danych do państw trzecich oraz organizacji międzynarodowych.