Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

ul. Andersa 3A

14 – 200 Iława

tel. 89 649 04 54

*Data wpływu wniosku (dzień, miesiąc, rok)*

Nr sprawy: …………………………….………………...

Data wpływu kompletnego wniosku ……………………

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób**

**Niepełnosprawnych zaopatrzenia**

**w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**

**osobie niepełnosprawnej**

( wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY.**

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

....................................................................................………………………………………….

( imię i nazwisko )

PESEL .................................................................

adres zamieszkania ………………………………………………………………………….....

( podać dokładny adres zamieszkania z kodem, ulicą nr domu i nr lokalu )

..................................................................................... nr telefonu .............................................

1. **DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA.**

…...................................................................................................................................................

( imię i nazwisko )

PESEL….............................................................

adres zamieszkania ……………………………………………………………………………...

( podać dokładny adres zamieszkania z kodem, ulicą nr domu i nr lokalu )

…............................................................................. nr telefonu ……………………………….

1. **OŚWIADCZENIE O DOCHODZIE:**

Niniejszym oświadczam, że 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.

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

wynosi:..............................

1. **DANE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA**

PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA .........................................................................................

(należy podać nazwę sprzętu)

WNIOSKOWANA KWOTA .............................................zł

(słownie.....................................................................................................................................zł)

1. **KWOTĘ DOFINANSOWANIA PROSZĘ PRZEKAZAĆ NA:**

konto bankowe nr

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Χ |  |  |  |  | Χ |  |  |  |  | Χ |  |  |  |  | Χ |  |  |  |  | Χ |  |  |  |  | Χ |  |  |  |  |
| Nr konta bankowego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

konto bankowe sprzedawcy w dowodzie zakupu

inne (jakie)……………………………………………………………………………………….

(w przypadku nieposiadania konta bankowego)

1. **OŚWIADCZAM, ŻE:**
2. przebywam w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej  **TAK NIE**
3. nie mam zaległości wobec PFRON,
4. w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
5. powyższe dane są zgodne z prawdą oraz jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych ( Art. 233 § 1 Kodeksu karnego – 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) oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
6. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/mojego dziecka/podopiecznego, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych w związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
7. zostałam/em poinformowana/y, że zgodnie z art. 13 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):

1) Administratorem moich/dziecka/podopiecznego danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Iławie, ul. Andersa 3A, adres e-mail: sekretariat@pcprilawa.pl , tel.89 649 04 50,

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy poprzez adres e-mail: [iod@jgconsulting.net.pl](mailto:iod@jgconsulting.net.pl) lub tel. 794-687-820,

3) moje/dziecka/podopiecznego dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Iławie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c lub art. 9 ust. 2 lit. b RODO oraz zadań określonych w Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

4) w związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w pkt 3 moje/dziecka/podopiecznego dane osobowe mogą być udostępnione innym odbiorcom danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa,

5) moje/dziecka/podopiecznego dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt 3 celu przetwarzania, nie krótszy niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji,

6) w związku z przetwarzaniem przez Administratora moich/dziecka/podopiecznego danych osobowych przysługuje mi prawo dostępu do treści danych, sprostowania danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, a w przypadku, jeśli przetwarzanie moich/dziecka/podopiecznego danych osobowych odbywa się na podstawie zgody przysługuje mi prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,

7) przysługuje mi/dziecku/podopiecznemu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO,

8) podanie przeze mnie moich danych osobowych/dziecka/podopiecznego jest warunkiem prowadzenia mojej/dziecka/podopiecznego sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Iławie i jest obowiązkowe, jeżeli zostało to określone w przepisach prawa, konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości prowadzenia sprawy, dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie mojej zgody,

9) moje/dziecka/podopiecznego dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania,

10) Administrator danych nie będzie przekazywać moich/dziecka/ podopiecznego danych osobowych do państwa trzeciego oraz organizacji międzynarodowej.

..................................................................................................

*(czytelny podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego/Opiekuna Praw*

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ww. ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. **– oryginał do wglądu**,
2. kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną, pełnomocnictwa – o ile dotyczy – **oryginał do wglądu,**
3. Faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego i kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie,

**lub**

1. Faktura proforma/oferta cenowa określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji wraz z kopią zlecenia na zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA PCPR**  **Decyzja o przyznaniu dofinansowania**  Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Iławie rozpatrzył wniosek pozytywnie/negatywnie  i przyznaje/nie przyznaje dofinansowanie ze środków PFRON w kwocie .............................................zł słownie złotych ..............................................................................................................................  w ramach zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.    ......................................  data  ...........................................................................  podpis i pieczęć Dyrektora PCPR |