

Data wpływu
(wypełnia PCPR)

Numer wniosku.....
(wypełnia PCPR)

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE**

I. Dane osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko.....

PESEL

Adres zamieszkania (z kodem)

Telefon kontaktowy

II. Dane przedstawiciela ustawowego dziecka / opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej /
pełnomocnika¹

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania (z kodem)

Telefon kontaktowy.....

III. Przedmiot dofinansowania:

IV. Przyznane dofinansowanie należy przekazać¹:

- konto bankowe wystawcy faktury (sprzedawcy, producenta)

- na moje konto w banku

□□	-	□□□□	-	□□□□	-	□□□□	-	□□□□	-	□□□□	-	□□□□
----	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------

- do kasy starostwa powiatowego

V. Posiadane orzeczenie¹

a. o stopniu niepełnosprawności: znacznym umiarkowanym lekkim

b. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów: pierwszej drugiej trzeciej

c. o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym

wydanym przed 01 stycznia 1998 r. albo o niezdolności do samodzielnej egzystencji

/orzeczenia KRUS wydane po 01.01.1998 r. nie są podstawą do zaliczenia osoby, której orzeczenie
dotyczy, do osób niepełnosprawnych/;

d. o niepełnosprawności /dotyczy dzieci do 16 roku życia/.

¹ Właściwe zakreślić

VI. 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

słownie:.....

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.....

VII. Oświadczam, że **nie mam** zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

VIII. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku **nie byłem(em)** stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

IX. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

X. KLAUZULA INFORMACYJNA OBOWIĄZUJĄCA W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE W STRYŻÓWIE

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, mające swoją siedzibę przy ul. Parkowa 7, 38-100 Strzyżów (nr telefonu kontaktowego: (17) 22-11-440, fax. (17) 27-61-040, adres poczty elektronicznej email: pcpr@strzyzow.un.pl, Inspektor Ochrony Danych - iod@pcprstrzyzow.pl);
2. Pozyskane dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa wynikającego z art. 6 ust.1 lit c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO – (tj. rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze - na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz przepisów wykonawczych do ww. ustawy);
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (tj. realizacji zadań wynikających z zakresu działalności instytucji);
4. Podanie danych osobowych do spełnienia w/w celu jest wymagane, ponieważ wynika z przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania administracyjnego i realizacji ustawowych zadań ciążących na administratorze;
5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, wynikające z przepisów prawa zawartych w Jednolitym Rzecзовym Wykazie Akt obowiązującym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, przez okres wymagany w związku z kategorią archiwalną. Ponadto okres przechowywania może się wydłużyć np. z uwagi na sytuację dochodzenia roszczeń;
6. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
7. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne;

9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*), 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.;
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże w przypadku nie udzielenia zgody na ich przetwarzanie nie będzie mogła/mógł Pani/Pan realizować swoich praw wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Oświadczam, że zrozumiałem wszystkie informacje wyżej podane i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści niniejszego wniosku oraz w zakresie niezbędnych potrzeb wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Miejscowość..... data.....

.....
/ czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika/

Załączniki do wniosku:

1. kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub równoważnego) lub w przypadku dziecka orzeczenia o niepełnosprawności wraz z oryginałem do wglądu.
2. faktura określająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego NFZ oraz kwotę udziału własnego wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze lub kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.
3. w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej kopia zaświadczenia lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekunem prawnym, a w przypadku pełnomocnika kopia pełnomocnictwa wraz z oryginałem do wglądu.
4. osoby ubiegające się o dofinansowanie zaopatrzenia w **aparaty słuchowe i wkładki douszne** otrzymają dofinansowanie w pierwszej kolejności o ile są dziećmi do 16 roku życia lub osobami czynnymi zawodowo albo osobami w wieku 16-24 lat uczącymi się i potwierdzą to stosownym dokumentem.

WYPEŁNIA PCPR:

Sposób rozpatrzenia wniosku:

W dniu wniosek został rozpatrzony pozytywnie / negatywnie.

Przyznano dofinansowanie ze środków PFRON w kwociezł
słownie:.....

Uzasadnienie negatywnego rozpatrzenia wniosku:

.....
.....

.....
(sporządził)

.....
(zatwierdził - pieczęć i podpis)