

NR sprawy BON.5133.

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
DO ZAKUPU PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH
I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH**

.....
Data przyjęcia wniosku - wypełnia PCPR

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA
POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE WE WRZEŚNI**

(wniosek należy wypełnić czytelnie, niebieskim długopisem)

1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	miejsowość	Adres
Data urodzenia	gmina	Telefon
Dostaje zasiłek pielęgnacyjny		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	miejsowość	Adres
Data urodzenia	gmina	Telefon
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... sygnatura akt.....		
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza z dnia..... nr repetytorium.....		

3. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA:

L.p.	Nazwa artykułu	Limit NFZ	Wysokość udziału własnego

4. INFORMACJA O POSIADANYM RACHUNKU BANKOWYM

Wyrażam zgodę na przekazanie przyznanego mi dofinansowania na konto bankowe

.....
(imię, nazwisko posiadacza konta lub nazwa sprzedawcy)

Nazwa Banku.....

Nr konta |__|__| -|__|__|__|__| -|__|__|__|__| - |__|__|__|__| - |__|__|__|__| -
|__|__|__|__| - |__|__|__|__|

5. FORMA PRZEKAZANIA PRYZNANEGO DOFINANSOWANIA: (właściwe zaznaczyć)

- Rachunek bankowy podany w pkt. 5
 Odbiór w kasie Starostwa Powiatowego we Wrześni

6. OŚWIADCZENIA

- **Liczba osób pozostających ze mną w gospodarstwie domowym:**

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód netto**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **wynosi:** **zł**

słownie:

- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- Oświadczam, że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i §6 k.k. w zw. z art. 75 §2 i art. 83§3 k.p.a. (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą.
- **O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.**

.....
czytelny podpis wnioskodawcy
(osoby niepełnosprawnej lub jej
Pełnomocnika, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego)

UWAGA! Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania.

7. KLAUZULA INFORMACYJNA

Informuję, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni, ul. Wojska Polskiego 1, 62-300 Września**, zwanym dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
- 2) kontakt do inspektora danych osobowych: e-mail: inspektor@osdidk.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań i nie będą udostępniane innym odbiorcom,
- 4) Administrator danych osobowych, przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
- 5) podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest zawarcie umowy,
- 6) posiada Pani/Pan prawo do:
 - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- 7) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 8) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

8. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni, ul. Wojska Polskiego 1, 62-300 Września** w celu uzyskania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy
(osoby niepełnosprawnej lub jej
Pełnomocnika, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego)

9. ZAŁĄCZNIKI:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
2. Oryginał **faktury** określającej cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego wraz z **kopią zrealizowanego zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, albo **kopia zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z **ofertą** określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz **termin realizacji zlecenia** od momentu przyjęcia go do realizacji.
3. Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.

Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

I. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku „X”	Uzupełniono	Data uzupełnienia
		<i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>		
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności.			
2.	Oryginał faktury określającej cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego wraz z kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, albo kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofercą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji			
3.	Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:	Sprawdzono pod względem merytorycznym