

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zakupu PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	Miejscowość	Adres
Data urodzenia	Gmina	Telefon

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

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	Miejscowość	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. 4
 Odbiór w kasie Starostwa Powiatowego we Wrześni, ul. Chopina 10.

6. OŚWIADCZENIA

Liczba **osób** we wspólnym gospodarstwie domowym **wynosi**:.....

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

O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

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.

9. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU:

- 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 **kopią 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.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy, pełnomocnika, opiekuna prawnego)

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE**KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH**

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 , albo kopią zlecenia 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.			

Sprawdzono pod względem formalnym i merytorycznym

--	--