Nr wniosku................... data wpływu.......................................

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żaganiu**

**ul. Śląska 1, tel. 068-477-77-76**

**WNIOSEK DOFINANSOWANIE DO ZAKUPU PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH**

**I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU**

**REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**DANE WNIOSKODAWCY** (*wypełnić drukowanymi literami*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię:** | **Nazwisko:** |
| **PESEL:** | **Data urodzenia:** |
| **Adres Zamieszkania:** | |
| **Nr telefonu:** | |

**DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK W IMIENIU OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ \***

Przedstawiciel ustawowy ( dla małoletniego Wnioskodawcy)

Opiekun prawny ( dla osoby ubezwłasnowolnionej)

Pełnomocnik wnioskodawcy ( na podstawie pisemnego pełnomocnictwa)

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię:** | **Nazwisko:** |
| **PESEL:** | **Data urodzenia:** |
| **Adres Zamieszkania:** | |
| **Nr telefonu:** | |
| Ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem\*..................................................................................................................................................................................................................................................................................................  (postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..............................sygn. akt…………………………………………./na mocy pisemnego pełnomocnictwa z dnia................................................................................................................................................................. | |

**II. Cel dofinansowania (**Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze o dofinansowanie, których ubiega się wnioskodawca.)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**III. Oświadczenie o wysokości dochodów.**

Liczba osób we wspólnym 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,

**wynosił**: ...........................zł.

Słownie..............................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Uwaga:**

Osoba niepełnosprawna może się ubiegać o dofinansowanie zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych ze środków PFRON, jeżeli przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:

1. 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
2. 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

Oświadczam, że:

* + wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji programu ortopedycznego,
* wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym i spełniają zapisy art. 233 Kodeksu karnego oraz art. 75 § 2 KPA.

Art. 233 KK:

Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do 3 lat.

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

(czytelny podpis wnioskodawcy)

**IV. Forma przekazania dofinansowania (właściwe podkreślić)**

Kwota dofinansowania zostanie wypłacona przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żaganiu:

1. przelana na konto osobiste wnioskodawcy,
2. przelana na konto sprzedawcy,
3. przesłana przekazem pocztowym po odtrąceniu kosztów opłaty pocztowej.

W celu umożliwienia przelania kwoty dofinansowania na konto osobiste proszę podać:

Imię i nazwisko właściciela konta:

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

Nazwę banku:

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

Nr rachunku bankowego:

\_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

\* właściwe zaznaczyć

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

(Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek)

**Załączniki do wniosku:**

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności /, lub o zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich ( I, II lub III ), o całkowitej / częściowej niezdolności do pracy , całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.

2. Oryginały faktur/rachunków lub innych dokumentów poświadczających zakup przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych

(określających: - całkowity koszt – kwota opłacona przez NFZ - dopłata pacjenta).

3. Potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

**Uwaga! Zrealizowane zlecenie musi posiadać wszystkie strony.**

**Klauzula informacyjna**

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 (4.5.2016 L119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL):

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żaganiu, ul. Śląska 1, 68-100 Żagań, tel.: 68 4777771, email: sekretariat@pcpr.zagan.pl Współadministratorem danych jest PFRON. Dane osobowe Wnioskodawcy zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Żaganiu, możliwy jest pod adresem email: [iod@powiatzaganski.pl](mailto:iod@powiatzaganski.pl)

Kontakt z inspektorem ochrony danych w PFRON możliwy jest pod adresem iod@pfron.org.pl lub listownie na adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, telefon: 22 50 55 500.

3. Dane osobowe będą przetwarzane w calu załatwienia sprawy, w której zostały zebrane na podstawie:

• art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.,

• Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997 Nr 123 poz. 776),

• Ustawy z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. 1998 Nr 91 poz. 578),

4. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do realizacji niniejszego zadania a następnie przechowywane będą przez okres 10 lat - wskazany w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt zatwierdzonym przez Archiwum Państwowe w Zielonej Górze.

5. Dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w związku z realizowaną umową lub po jej realizacji w prawnie uzasadnionych przypadkach.

6. Beneficjent Pomocy posiada prawo do żądania od administratora dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania.

7. Beneficjentowi Pomocy przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.

8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych stanowi przeszkodę do załatwienia sprawy w której Państwo wnioskują.