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**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię, drugie imię:** | **Nazwisko:** |
| **PESEL:** | **Data urodzenia:** |
| **Płeć :** ⬜ Kobieta ⬜mężczyzna |  |
| **Adres Zamieszkania ( ulica, nr domu, lokalu, miejscowość, kod pocztowy, gmina) :****…………………………………………………………………………………………………………………………………….**⬜ miasto ⬜ wieś |
| **Mieszkaniec DPS :** ⬜ TAK  ⬜ NIE  |
| **Adres Korespondencyjny****:** ⬜ Taki sam jak adres zamieszkania, ⬜ Nie **( ulica, nr domu, lokalu, miejscowość, kod pocztowy, gmina) :****……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..** |
| **Nr telefonu:** |
| **Adres e-mail:**  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię, drugie imię:** | **Nazwisko:** |
| **PESEL:** | **Data urodzenia:** |
| **Płeć :** ⬜ Kobieta ⬜Mężczyzna |  |
| **Adres Zamieszkania ( ulica, nr domu, lokalu, miejscowość, kod pocztowy) :****…………………………………………………………………………………………………………………………………….**⬜ miasto ⬜ wieś |
| **Adres Korespondencyjny:** ⬜ Taki sam jak adres zamieszkania, ⬜ Nie **( ulica, nr domu, lokalu, miejscowość, kod pocztowy, gmina) :****………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |
| **Nr telefonu:** |
| **Adres e-mail:**  |
| **Postanowienie sądu:** |
| **Z dnia:** |
| **Sygnatura akt:** |
| **Imię i nazwisko notariusza:** |
| **Repetytorium nr:** |
| **Zakres pełnomocnictwa:** ⬜ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie, ⬜ do rozliczenia dofinansowania , ⬜ do zawarcia umowy, ⬜ do złożenia wniosku , ⬜ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku, ⬜ inne, |

**Stopień niepełnosprawności :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer orzeczenia:**  |  |
| Orzeczenie wydane przez **PZON** | Orzeczenie wydane przez **ZUS** |
| znaczny ⬜  | III grupa ⬜ | całkowita niezd. do pracy /sam. egz. ⬜ |
| umiarkowany ⬜  | III grupa ⬜ | całkowita niezdolność do pracy ⬜ |
| lekki ⬜  | III grupa ⬜ | częściowa niezdolność do pracy ⬜ |
| orzeczenie o niepełnosprawności (do 16. roku życia ) ⬜ |
| termin ważności orzeczenia: | ⬜ na stałe | ⬜ czasowe do .................................................... |

**Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności**

⬜ tak

⬜ nie

 **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI \***

01-U – upośledzenie umysłowe

 02- P choroby psychiczne

 03-L- Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

 osoba głucha

 osoba głuchoniema

 04- O- narząd wzroku

 osoba niewidoma

 osoba głuchoniewidoma

 05-R- narząd ruchu

 wnioskodawca lub dziecko/ podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego

 dysfunkcja obu kończyn górnych

 06-E- epilepsja

 07-S- choroby układu oddechowego i krążenia

 08- T- choroby układu pokarmowego

 09-M- choroby układu moczowo- płciowego

 10-N- choroby neurologiczne

 11-I- inne

 12-C- całościowe zaburzenie rozwojowe

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

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

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

**III. Oświadczenie wnioskodawcy.**

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.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

 Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| ............................................(data) | ............................................................(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika) |

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

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

1. przelana na konto osobiste wnioskodawcy, / osoby upoważnionej/ członka rodziny/ osoby spokrewnionej,
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:

**\_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_**

**PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE:**

1. Wnioski złożone od stycznia rozpatrywane będą w terminie 30 dni od dnia przekazania środków dla Powiatu Żagańskiego przez PFRON. W chwili podjęcia uchwały Rady Powiatu Żagańskiego w sprawie określenia zadań i podziału środków finansowych PFRON na poszczególne zadania powiatu z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej, złożone wnioski rozpatrywane będą w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku.
2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych dla Powiatu Żagańskiego na dany rok kalendarzowy.
3. Dofinansowaniu nie podlegają przedmioty zakupione przed dniem wydania orzeczenia.
4. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do tut. PCPR w formie pisemnej.
5. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

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

|  |  |
| --- | --- |
| ............................................(data) | ............................................................(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika) |

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności, kopia wypisu z treści orzeczenia o zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich, o całkowitej/częściowej niezdolności do pracy/niezdolności do samodzielnej egzystencji lub kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.
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.
4. W przypadku osób niezdolnych do złożenia podpisu na wniosku, dodatkowo pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
5. Oświadczenie właściciela konta (załącznik nr 1).

**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

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.

**(Załącznik nr 1)**

……………………………………………………………………….

(imię i nazwisko właściciela konta bankowego)

……………………………………………………………………….

……………………………………………………………………….

( adres zamieszania właściciela konta bankowego)

**Oświadczenie właściciela konta bankowego**

( należy wypełnić, gdy Wnioskodawca nie jest właścicielem konta bankowego )

Wyrażam zgodę na przekazanie środków finansowych za przedmioty ortopedyczne i środki

pomocnicze dla Pani/Pana ………………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

Na moje konto bankowe nr:

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

Nazwa banku………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

 (data) (czytelny podpis Właściciela konta)