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 ⬜ BRAK INFORMACJI  ⬜ 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.**

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe :**

indywidualnie wspólnie

**Liczba** osób we wspólnym gospodarstwie domowym……………….

W tym liczba osób niepełnosprawnych **………………….**

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 § Kodeksu karnego, oraz art. 75 § 2 KPA 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 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. Oryginał faktury określający cenę brutto nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego pacjenta lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie,

albo: Kopia zlecenia potwierdzonego przez NFZ 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 terminem realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.

1. Potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
2. W przypadku osób niezdolnych do złożenia podpisu na wniosku, dodatkowo pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
3. Oświadczenie właściciela konta (załącznik nr 1), wypełnić gdy wnioskodawca nie jest właścicielem podanego konta.

**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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż: |
| *Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żaganiu z siedzibą przy ulicy Śląskiej 1 w Żaganiu (68-100). Z administratorem można skontaktować się mailowo: sekretariat@pcpr.zagan.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail:* [*iod@powiatzaganski.pl*](mailto:iod@powiatzaganski.pl) *.*  *Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie 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.*  *Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszonej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej:* [*https://bip.wrota.lubuskie.pl/pcprzagan/*](https://bip.wrota.lubuskie.pl/pcprzagan/) *w zakładce „Ochrona danych osobowych”.* |

**(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)