

Pieczęć PCPR

Nr sprawy

Data wpływu (wypełnia PCPR)

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
DO ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE
I ŚRODKI POMOCNICZE**

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

NAZWISKO IMIĘ
DATA URODZENIA/...../.....R. PESEL
TEL.....
DOWÓD OSOBISTY: SERIA..... NR WYDANY W DNIU.....
PRZEZ

ADRES ZAMIESZKANIA

KOD POCZTOWY -
POCZTA
MIEJSCOWOŚĆ
ULICA
NR DOMU NR MIESZKANIA
POWIAT: MIŃSKI WOJEWÓDZTWO: MAZOWIECKIE
MIASTO WIEŚ

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

KOD POCZTOWY -
POCZTA
MIEJSCOWOŚĆ
ULICA
NR DOMU NR MIESZKANIA
POWIAT: MIŃSKI WOJEWÓDZTWO: MAZOWIECKIE
MIASTO WIEŚ

ADRES KORESPONDENCYJNY

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

KOD POCZTOWY - POCZTA MIEJSCOWOŚĆ
ULICA NR DOMU..... NR MIESZKANIA
POWIAT: MIŃSKI WOJEWÓDZTWO: MAZOWIECKIE MIASTO WIEŚ

**DANE PERSONALNE
PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO
LUB PEŁNOMOCNIKA**

NAZWISKO IMIĘ
DATA URODZENIA/...../.....R. PESEL
TEL.....
DOWÓD OSOBISTY: SERIA..... NR WYDANY W DNIU.....
PRZEZ

ADRES ZAMIESZKANIA

KOD POCZTOWY -
POCZTA
MIEJSCOWOŚĆ
ULICA
NR DOMU NR MIESZKANIA

ADRES KORESPONDENCYJNY

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

KOD POCZTOWY -
POCZTA
MIEJSCOWOŚĆ
ULICA
NR DOMU NR MIESZKANIA

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- znaczny stopień niepełnosprawności
- osoby o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji
- osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny (orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998r.)
- inwalidzi I grupy
- osoby w wieku do lat 16, zaliczone do osób niepełnosprawnych, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny

- umiarkowany stopień niepełnosprawności
- osoby o całkowitej niezdolności do pracy
- inwalidzi II grupy

- lekki stopień niepełnosprawności
- osoby o częściowej niezdolności do pracy
- osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998r.)
- inwalidzi III grupy

PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

Przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze:

.....

.....

.....

.....

PROSZĘ O PRZEKAZANIE KWOTY PRZYZNANEGO DOFINANSOWANIA:

- przekazem pocztowym na adres:
.....
- przelewem na nw. konto osobiste
- przelewem na nw. konto sprzedawcy (świadczeniodawcy)
- przelewem na nw. konto upoważnionej przeze mnie osoby

Imię i nazwisko oraz adres właściciela konta:.....
.....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

Czy Wnioskodawca przebywa w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej: TAK NIE

*

Załączniki:

- kopia ważnego orzeczenia ze znacznym, umiarkowanym bądź lekkim stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego / zgodnie z art.5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w przypadku dzieci do ukończenia 16 roku życia – orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych,
- oświadczenie o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wnioskodawcy i osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z wnioskodawcą (załącznik nr 1),
- oferta określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji, wraz z kopią zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,

lub

faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,

- kopia dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. jako: opiekun prawny, pełnomocnik)
- klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy oraz osób udostępniających swoje dane (załącznik nr 2),

oraz do wglądu :

- dowód osobisty wnioskodawcy,

*

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok bieżący przez Radę Powiatu Mińskiego.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ogólnymi kosztami przedmiotu dofinansowania, pomniejszoną o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną kwotą dofinansowania ze środków PFRON.

Uwaga: złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

Miejscowość, dnia

.....
czytelny podpis

Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego /pełnomocnika

OŚWIADCZENIE

Wnioskodawcy o dochodach we wspólnym gospodarstwie domowym

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

Adres zamieszkania

Oświadczam, iż moje wspólne gospodarstwo domowe, tworzą następujące osoby:

Lp.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Rok urodzenia	Dochód *miesięczny / netto /	
			Rodzaj dochodu** lub liczba hektarów przeliczeniowych	wysokość
1.	W N I O S K O D A W C A			
2.	UWAGA! Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać tylko ich rok urodzenia, stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i dochód miesięczny.			
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym posiadają gospodarstwo rolne <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK				
Łączny przeciętny miesięczny dochód rodziny /netto/:				

Oświadczam, że ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym:

1) pobierają świadczenia z ośrodka pomocy społecznej NIE TAK (jakie?).....

Oświadczam, że w **kwartale poprzedzającym** miesiąc, w którym składany jest wniosek **przeciętny miesięczny dochód***** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł: złotych.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 Ustawy z dnia 06.06.1997 r. Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminują wniosek z dalszego rozpatrywania.

.....
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego / pełnomocnika

* Jest to średni miesięczny dochód z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

** Np.: praca, działalność gospodarcza, gospodarstwo rolne, renta, emerytura, itp., lub uczeń, student, brak dochodu.

*** Dochód łączny należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

UWAGA! Świadczenie pielęgnacyjne, zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy nie jest dochodem w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.

.....
Oznaczenie Administratora

.....
Miejscowość, dnia

KLAUZULA informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana
(wnioskodawca/ strona/ przedstawiciel ustawowy/ opiekun prawny/ pełnomocnik*)

w sprawie o dofinansowanie dla
(imię i nazwisko wnioskodawcy)
z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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, zwane dalej także RODO) informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, w Mińsku Mazowieckim, ul. Konstytucji 3-go Maja 16, 05-300 Mińsk Mazowiecki.
- 2) Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: renata@pcpr-minskmaz.pl
- 3) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy * dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z postępowaniem w sprawie ubiegania się o dofinansowanie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c, e RODO
- 4) Odbiorcą Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* danych osobowych są organy lub podmioty upoważnione z mocy prawa do przetwarzania danych.
- 5) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 6) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz danych dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne - prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy sekretariat@pcpr-minskmaz.pl
- 8) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* narusza przepisy RODO;
- 9) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest:
 - warunkiem realizacji zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim i wynika z przepisów prawa,
 - dobrowolne, jednak niezbędne do załatwienia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim.

Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność realizacji zadań ustawowych lub niemożność uzyskania wsparcia oferowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim.

Zapoznałam/em się w informacjami i pouczeniem zawartymi w niniejszej klauzuli. Przedmiotowe informacje są dla mnie zrozumiałe.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy* przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim w celu realizacji obowiązków związanych z prowadzeniem postępowania w sprawie dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Data i podpis

* niepotrzebne skreślić