…………………………………

data wpływu wniosku

………………………………………………..

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

…………………………

nr wniosku

**Powiatowe Centrum**

**Pomocy Rodzinie**

**ul. Gołdapska 23 19-400 Olecko**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia osoby niepełnosprawnej w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**

(wypełnia osoba niepełnosprawna, przedstawiciel ustawowy – w przypadku małoletniego dziecka, opiekun prawny   
lub pełnomocnik)

**I. Dane osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie:**

1. Imię i nazwisko: .....................................................................……………………………....................

2. Nr PESEL: …………………………………………………………………………………………….

3. Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………….

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

4. Adres do korespondencji: ……………………………………………………………………………..

5. Nr telefonu stacjonarnego lub komórkowego: .....................................................................................

**II. Stopień niepełnosprawności\*** (lub jego odpowiednik w pkt. 1,2,3 ):

( \* proszę wstawić znak X we właściwej rubryce )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Znaczny / I grupa inwalidzka |  |
| 2. | Umiarkowany / II grupa inwalidzka |  |
| 3. | Lekki / III grupa inwalidzka |  |
| 4. | Orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, niezdolności  do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed 01 stycznia 1998 r. albo  o niezdolności do samodzielnej egzystencji/orzeczenia KRUS wydane  po 01.01.1998 r. nie są podstawą do zaliczenia osoby, której orzeczenie dotyczy, do osób niepełnosprawnych/ |  |
| 5. | Orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku osób w wieku do 16 lat |  |

**III. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniej osoby niepełnosprawnej), opiekuna prawnego lub pełnomocnika\*:**

1. Imię i nazwisko: ........................................................……………………………………………..

2. Nr PESEL: …………………………………………………………………………………………....

3. Data urodzenia:..………………………………………………………………………………………

4. Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………

5. Adres do korespondencji: ..……………………………………………………………………………

6. Nr telefonu stacjonarnego lub komórkowego: ……………………………………………………….

W przypadku opiekuna/pełnomocnika\*: postanowienie Sądu Rejonowego w ………………………….

z dnia………………………………, Sygn. Akt…………………………./pełnomocnictwo z dnia …………..………………………………………………............

**IV. Przedmiot dofinansowania:**

Nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego:

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

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

**V. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:**

**Niniejszym oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:**

|  |
| --- |
| **Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (netto)** |
| 1. | Osoba nie Osoba niepełnosprawna:  ........................................................... |  |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego – **poniżej** **należy wymienić** **tylko** **stopień pokrewieństwa z osobą niepełnosprawną (np. mąż, żona, syn, córka itp.)**: | | **x** |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| **Razem miesięczny dochód rodziny wynosi:** | |  |
| **Liczba osób pozostająca we wspólnym gosp. domowym:** | |  |
| **Przeciętny miesięczny dochód na członka rodziny:**  (łączny dochód rodziny podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym) | |  |

**VI.** **Sposób przekazania środków dofinansowania:** ( proszę właściwe zaznaczyć, stawiając znak X   
w kratce):

- przelew na konto ( imię i nazwisko posiadacza rachunku) .............................................................. □

nazwa banku i nr rachunku bankowego : ….…………………………………………………………………………………………...........................................................................................................................................................................................

- przekaz pieniężny □

- odbiór w kasie Starostwa Powiatowego w Olecku □

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym oraz że jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych informacji.**

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować PCPR   
w Olecku.**

……………....…………………………………………………….

**( data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej/przedstawiciela ustawowego,**

**opiekuna prawnego lub pełnomocnika**

**VII. Pozostałe oświadczenia wnioskodawcy:**

1. oświadczam, że **posiadam / nie posiadam\*** zaległości wobec Funduszu oraz że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku **byłam(em) / nie byłam(em)\*** stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;
2. **oświadczam, że jestem świadomy(a), że złożenie wniosku nie jest równoznaczne   
   z przyznaniem dofinansowania.**

……..…………………………………………………………….

**( data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej/przedstawiciela ustawowego,**

**opiekuna prawnego lub pełnomocnika)**

\*Właściwe zaznaczyć

**Załączniki:**

1) kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia innych organów (oryginał do wglądu)

2) faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną 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, albo:

- kopia 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.

**KLAUZULA INFORMACYJNA OGÓLNA DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W OLECKU**

*Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO), informujemy, że:   
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:  
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku z siedzibą przy ul. Gołdapskiej 23,19-400 Olecko, adres e-mail: centrum@pcpr.olecko.pl, tel. 87 520 34 30.  
  
W sprawie danych osobowych możesz kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, adres e-mail: iod@pcpr.olecko.pl  
  
Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.  
  
Dane osobowe będą zbierane i przetwarzane są w celu udzielenia Pani/Panu pomocy i wsparcia wynikającego z realizowanych zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku określonych w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.  
  
W związku z przetwarzaniem Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.  
Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji w/w celu.  
  
Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres: od zebrania do czasu wskazanego w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt, tj. od 5 do 50 lat.  
  
Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania i niepodlegania profilowaniu.  
Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.  
  
Decyzje związane z przetwarzaniem danych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany.*

*Administrator Danych Osobowych  
Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku*

**KLAUZULA INFORMACYJNA OGÓLNA DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W OLECKU**

*Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO), informujemy, że:   
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:  
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku z siedzibą przy ul. Gołdapskiej 23,19-400 Olecko, adres e-mail: centrum@pcpr.olecko.pl, tel. 87 520 34 30.  
  
W sprawie danych osobowych możesz kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, adres e-mail: iod@pcpr.olecko.pl  
  
Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.  
  
Dane osobowe będą zbierane i przetwarzane są w celu udzielenia Pani/Panu pomocy i wsparcia wynikającego z realizowanych zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku określonych w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.  
  
W związku z przetwarzaniem Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.  
Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji w/w celu.  
  
Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres: od zebrania do czasu wskazanego w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt, tj. od 5 do 50 lat.  
  
Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania i niepodlegania profilowaniu.  
Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.  
  
Decyzje związane z przetwarzaniem danych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany.*

*Administrator Danych Osobowych  
Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku*

…………………………… …………………………………………..……

data podpis wnioskodawcy (przedstawiciela ustawowego,

opiekuna prawnego, pełnomocnika)