

.....
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 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: (łączy dochód rodziny podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)		

VI. Sposób przekazania środków dofinansowania: (proszę właściwie 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)

*Właściwie 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 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

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)