

Nr wniosku:

Data przyjęcia:

Nr ewidencyjny
Wnioskodawcy:

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE DO ZAKUPU ŚRODKÓW POMOCNICZYCH
I PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH ZE ŚRODKÓW PFRON
POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W WADOWICACH

I. Dane osoby dorosłej lub dziecka ubiegającego się o dofinansowanie

DANE PERSONALNE	
Imię Nazwisko	
PESEL, Data urodzenia.....,	
zamieszkała/y., ul., nr,	
kod, poczta, nr telefonu.....	

II. Posiadane orzeczenie: (proszę wstawić X w odpowiednim polu)

☐	I grupa	znaczny stopień	całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji/ stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, jeżeli przysługuje zasiłek pielęgnacyjny (<i>dotyczy orzeczeń wydanych przed 1 stycznia 1998 r.</i>)
☐	II grupa	umiarkowany stopień	całkowita niezdolność do pracy
☐	III grupa	lekki stopień	częściowa niezdolność do pracy/ stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym (<i>dotyczy orzeczeń wydanych przed 1 stycznia 1998 r.</i>)
☐	O niepełnosprawności osoby do 16 roku życia		

Orzeczenie wydane: ☐ na stałe ☐ okresowo do

III. Oświadczenie o wysokości dochodów obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku oraz o liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Dochód netto Wnioskodawcy

Dochody netto pozostałych osób wspólnie gospodarujących

Łączny przeciętny dochód netto w gospodarstwie domowym:

Dochód netto na jedną osobę:

IV. Dane:

- ☐ rodzica/opiekuna prawnego dziecka niepełnosprawnego,
☐ opiekuna prawnego/pełnomocnika dorosłej osoby niepełnosprawnej,
☐ osoby upoważnionej do reprezentowania osoby niepełnosprawnej w tutejszym Urzędzie (wymagane pisemne upoważnienie- załącznik nr 1)

DANE PERSONALNE

Imię Nazwisko
PESEL....., nr telefonu
zam.
ul., nr, kod, poczta

V. Przedmiot dofinansowania:

VI. Dofinansowanie proszę wypłacić: (proszę wstawić X w odpowiednim polu)

- ☐ w kasie / przekaz pocztowy,
☐ przelewem na rachunek bankowy sprzedawcy wskazany na fakturze,
☐ przelewem na niżej podane konto osobiste:

Nazwa właściciela rachunku:
(imię i nazwisko) (adres)

Nazwa banku:

Numer rachunku: _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _

Oświadczam, że adres wskazany w niniejszym wniosku jest faktycznym adresem mojego zamieszkania. Oświadczam również, że aktualnie nie ubiegam się o takie dofinansowanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za pośrednictwem innego powiatu i nie posiadam zobowiązań finansowych wobec PFRON.

Oświadczam, że posiadam zaległości wobec PFRON:

☐ TAK

☐ NIE

Oświadczam, że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku byłem (am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie:

☐ TAK

☐ NIE

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 1600, z późn. zm.) **oświadczam, że podane we wniosku informacje są prawdziwe**, o wszelkich zmianach zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

.....
(data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej
/rodzica/opiekuna prawnego/pełnomocnika)

W przypadku, gdy Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie poweźmie wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, a w szczególności, co do wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wystąpi do Wnioskodawcy o złożenie w wyznaczonym terminie (nie dłuższym niż 14 dni licząc od dnia otrzymania wezwania) wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2002 w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. (t.j. Dz.U z 2015 r., poz. 926, z późn. zm.).

VII. Załączniki:

1. Informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą - zał. nr 1.
2. Kserokopia ważnego orzeczenia stwierdzającego niepełnosprawność.
3. Faktura VAT określająca kwotę opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup.
4. Kserokopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie) **lub** kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z **ofertą/ fakturą pro forma** określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.
5. Upoważnienie uprawniające do reprezentowania osoby niepełnosprawnej w PCPR w Wadowicach oraz informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą (jeżeli dotyczy) – zał. nr 2.
6. Dowód osobisty Wnioskodawcy oraz osoby upoważnionej do wglądu.

Wniosek został zweryfikowany na podstawie dowodu osobistego.

Data i podpis pracownika przyjmującego wniosek

Wniosek został sprawdzony pod względem formalnym i merytorycznym i stwierdzono jego kompletność, wszystkie załączniki są prawidłowo wypełnione i nie zawierają braków formalnych.

.....
(data i podpis pracownika)

DLA WNIOSKODAWCY

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach, z siedzibą 34-100 Wadowice ul. Mickiewicza 15;
- 2) w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach został powołany Inspektor Ochrony Danych Osobowych. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych: iodpcpr@pcpr-wadowice.pl , tel. 33 8709010;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 roku w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, na podstawie art. 6, ust. 1, lit. c) – czyli przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego, ciążącego na administratorze oraz z lit. e) – przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust 2 pkt b w zw. z pkt c i d – przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie: PFRON, ośrodki pomocy społecznej – w razie konieczności, świadczeniodawca realizujący zlecenie – w razie konieczności, organy administracji publicznej w granicach ich działalności; obsługa informatyczna, radca prawny, firma świadcząca usługi hostingu poczty elektronicznej w zakresie prowadzonej korespondencji elektronicznej;
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym w PCPR „Jednolitym rzeczowym wykazem akt” przez okres 10 lat;
- 6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu;
- 7) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 8) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania. Jest Pan/Pani zobowiązany/a do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania.
- 9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Oświadczenie Wnioskodawcy:

Potwierdzam, zapoznanie się z niniejszą informacją.

.....
(data i czytelny podpis osoby, której dane są przetwarzane)

DLA OSOBY UPOWAŻNIONEJ/OPIEKUNA PRAWNEGO

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i ust. 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) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach, z siedzibą 34-100 Wadowice ul. Mickiewicza 15;
2. w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach został powołany Inspektor Ochrony Danych Osobowych. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych: iodpcpr@pcpr-wadowice.pl, tel. 33 8709010;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez PFRON w celu realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, na podstawie art. 6, ust. 1, lit. c) tj. przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego, ciążącego na administratorze oraz z lit. e) tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 pkt b w zw. z pkt c i d – przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady;
4. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie: PFRON, ośrodki pomocy społecznej – w razie konieczności, organy administracji publicznej w granicach ich działalności, obsługa informatyczna, inspektor nadzoru inwestycyjnego, radca prawny, członkowie Komisji opiniujący wnioski o dofinansowania, firma świadcząca usługi hostingu poczty elektronicznej w zakresie prowadzonej korespondencji elektronicznej;
5. Na podstawie prawnie uzasadnionego interesu przetwarzane są Pana/Pani następujące kategorie danych. Dane zwykłe takie jak: imię i nazwisko, dane adresowe, PESEL;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym w PCPR „Jednolitym rzeczowym wykazem akt”;
7. Źródłem pozyskania Pana/Pani danych osobowych jest
8. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu;
9. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Oświadczenie Wnioskodawcy:

Potwierdzam, zapoznanie się z niniejszą informacją.

.....

(data i czytelny podpis osoby, której dane są przetwarzane)

.....
(miejscowość i data)

U P O W A Ż N I E N I E

Ja niżej podpisana (y):

....., numer PESEL
(imię i nazwisko)

zam., ul., nr kod poczta

u p o w a ż n i a m :

1....., numer PESEL
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa / osoba niespokrewniona)

zam., ul., nr kod poczta

(wypełnić w przypadku upoważnienia więcej niż jednej osoby)

2....., numer PESEL
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa / osoba niespokrewniona)

zam., ul., nr kod poczta

do załatwienia **wszelkich formalności związanych z ubieganiem się** o udzielenie mi dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **i odbioru w moim imieniu przyznanej mi kwoty niniejszego dofinansowania** w ramach zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172, z późn. zm.) a realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach.

Upoważnienie zachowuje ważność do dnia 31.12.2021 r.

.....
(poświadczenie podpisu przez pracownika
właściwego organu administracji)

.....
(podpis osoby niepełnosprawnej)

1.
(podpis osoby upoważnionej)

2.
(podpis osoby upoważnionej)

..... Wadowice, dnia

.....
imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
adres Wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż w dniu złożenia przeze mnie dokumentów, dotyczących dofinansowania zakupu środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych, nie ma możliwości ich realizacji z uwagi na brak środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na rok 2021, przeznaczonych na realizację zadania z zakresu rehabilitacji społecznej. Dofinansowanie będzie możliwe po otrzymaniu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach ww. środków finansowych z PFRON na 2021 rok.

.....
podpis Wnioskodawcy/Osoby upoważnionej