|  |
| --- |
| PCPR/74/……../2021 |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

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**

1. **Dane osoby dorosłej lub dziecka ubiegającego się o dofinansowanie**

DANE PERSONALNE

Imię …………………………………………………... Nazwisko ..……………….…………….……………..

PESEL …………………………..…………….., Data urodzenia……………………………….……..………,

zamieszkała/y. …………………..............…….……, ul. ………….……….….…………., nr …………….....,

kod ………….………., poczta ……………………….…………, nr telefonu………………………………

1. **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 *(dotyczy orzeczeń wydanych przed 1 stycznia 1998 r.)* |
| |  | | --- | |  | | | | 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 *(dotyczy orzeczeń wydanych przed 1 stycznia 1998 r.)* |
|  |  |  | O niepełnosprawności osoby do 16 roku życia | | |
|  |

**Orzeczenie wydane:**  na stałe okresowo do …………………

1. **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: ……………………….........................................................................................**

1. **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 ………………………….

1. **Przedmiot dofinansowania:** ……………………………………………………………………

1. **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 rozwiązanej 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.

1. 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.
2. 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)

***Załącznik nr 1*** *do formularza wniosku dot. dofinansowania ze środków PFRON*

*zakupu sprzętu ortopedycznego i środków pomocniczych*

**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](mailto: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 RehabilitacjiOsóbNiepełnosprawnych, 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)

***Załącznik nr 1*** *do formularza wniosku dot. dofinansowania ze środków PFRON*

*zakupu sprzętu ortopedycznego i środków pomocniczych*

**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;

1. w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach został powołany Inspektor Ochrony Danych Osobowych. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych: [iodpcpr@pcpr-wadowice.pl](mailto:iodpcpr@pcpr-wadowice.pl) , tel. 33 8709010;
2. 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 RehabilitacjiOsóbNiepełnosprawnych*,* 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;
3. 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;
4. Na podstawie prawnie uzasadnionego interesu przetwarzane są Pana/Pani następujące kategorie danych. Dane zwykłe takie jak: imię i nazwisko, dane adresowe, PESEL;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym w PCPR „Jednolitym rzeczowym wykazem akt”;
6. Źródłem pozyskania Pana/Pani danych osobowych jest ……………………………………..
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu;
8. 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.;
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)

***Załącznik nr 2*** *do formularza wniosku dot. dofinansowania ze środków PFRON zakupu sprzętu ortopedycznego i środków pomocniczych*

……………………………………………

(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 (podpis osoby niepełnosprawnej)

właściwego organu administracji)

1. ......................................................

(podpis osoby upoważnionej)

1. ...................................................

(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 całkowite wykorzystanie 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 2022 rok.

……………………………………………………..

podpis Wnioskodawcy/Osoby upoważnionej