

Nr wniosku:

Data przyjęcia:

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.....	

Posiadane orzeczenie: (proszę wstawić X w odpowiednim polu)

<input type="checkbox"/>	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.)
<input type="checkbox"/>	II grupa	umiarkowany stopień	całkowita niezdolność do pracy
<input type="checkbox"/>	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.)
<input type="checkbox"/>	O niepełnosprawności osoby do 16 roku życia		

Orzeczenie wydane: na stałe okresowo do

II. Czy osoba niepełnosprawna przebywa w DPS:

Tak Nie

(jeżeli tak proszę o wskazanie nazwy DPS oraz adresu)

.....

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 rozwiązaną 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 **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.

VII. Załączniki:

1. Informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą.
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 1.
6. Dowód osobisty Wnioskodawcy oraz osoby upoważnionej do wglądu.

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. Batorego 2A;
- 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”;
- 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 2016r.;
- 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.

DLA OSOBY UPOWAŻNIONEJ/KURATORA/PEŁNOMOCNIKA

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. Batorego 2A;
- 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 opiniującej 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 osoba upoważniona/kurator/pełnomocnik;
- 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.

.....
(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 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych a realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach.

Upoważnienie zachowuje ważność do dnia 31.12.2025 r.

.....
(podpis osoby niepełnosprawnej)

1.
(podpis osoby upoważnionej)

2.
(podpis osoby upoważnionej)