

Nr sprawy ON.5123.____.20__

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
DO ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE
I ŚRODKI POMOCNICZE**

Data wpływu wniosku - wypełnia PCPR

1. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek:

DANE PERSONALNE	ADRES ZAMIESZKANIA
Imię	ul. Nr.....
Nazwisko	Miejscowość
PESEL	Kod pocztowy
Data urodzenia	Pocztą
Nr telefonu	
1. Orzeczenie o niepełnosprawności*	
2. Stopień niepełnosprawności: znaczny* umiarkowany* lekki*	
* właściwe zaznaczyć	
Nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego:	
.....	

2. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika: (należy wypełnić w przypadku jeśli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub pełnomocnik)

DANE PERSONALNE	ADRES ZAMIESZKANIA
Imię	ul. Nr
Nazwisko	Miejscowość
PESEL	Kod pocztowy
NIP	Pocztą
Data urodzenia	Gmina
Nr telefonu	
Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu w	
z dnia sygn. akt.	
Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza	
z dnia nr repetytorium	

3. Przyznane dofinansowanie należy przekazać na: (należy wskazać jedną z niżej wymienionych pozycji)

Nazwisko i imię
Adres:
Bank
Nr konta
Konto sprzedawcy:
Pełna nazwa
.....
Adres:
Bank
Nr konta

Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym: Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosizł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi, zgodnie z załącznikiem Nr 1A.

W załączeniu

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia lub orzeczenia równoważnego.
2. Oświadczenie o miesięcznych dochodach osoby niepełnosprawnej lub rodzica/opiekuna dziecka niepełnosprawnego i pozostałych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.
3. Faktury za zakupione przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze wystawione na osobę niepełnosprawną a w przypadku dziecka niepełnosprawnego na rodzica lub prawnego opiekuna, określającą kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
4. Kopia postanowienia Sądu lub pełnomocnictwo notarialne (*jeśli dotyczy*).

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 informujemy, iż:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Wielkopolskiej, ul. Szkolna 2 63-000 Środa Wielkopolska.

W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@lesny.com.pl

1. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązków prawnych ciążyących na Administratorze.
2. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
3. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia.
4. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
 - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także - w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych.
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pan/Pani decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

..... dnia - – 20.....r.
Miejscowość

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI PRZECIĘTNEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania wnioskodawcy)

oświadczam, że:*

- ☐ prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe i przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił zł.
- ☐ prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z wymienionymi w poniższej tabeli osobami i przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił zł.

		przeciętny miesięczny dochód (netto) obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
1.	wnioskodawca	
	osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą (np. żona, mąż, córka, syn):	x
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
	RAZEM	

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą, oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

....., dnia r.
(miejscowość) *(czytelny podpis wnioskodawcy)*

* właściwe zaznaczyć