

.....
Data wpływu wniosku

.....
Nr sprawy

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŻYWCU UL.KS.PR.ST. SŁONKI 24

tel: (033) 861-94-19 / 861-93-36 e-mail: pcpr_zywiec@op.pl

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

Informacje o Wnioskodawcy/ dziecku/podopiecznym będącym osobą niepełnosprawną

- należy wypełnić wszystkie pola we wniosku oraz właściwe zaznaczyć

1. DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do.....

PESEL

Wnioskodawca osobiście rodzic dziecka opiekun prawny dziecka opiekun prawny podopiecznego

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -

(poczta)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr m. Powiat

Województwo

miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -

(poczta)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr m.

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy):

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

2. DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

DANE PERSONALNE

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:..... r.

PESEL

Pełnoletni: tak nie

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy -

(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr m.

Powiat

Województwo

miasto

wieś

3. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

(proszę wpisać rodzaj przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego do zakupu którego wnioskowane jest dofinansowanie)

4 . KWOTĘ DOFINANSOWANIA PROSZĘ PRZEKAZAĆ

czekiem gotówkowym

przelewem na moje konto nazwa bankunr rachunku

przelewem na konto dostawcy wyszczególnione w złożonej przeze mnie fakturze

5. CZY WNIOSKODAWCA BYŁ STRONĄ UMOWY O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON I UMOWA TA ZOSTAŁA ROZWIĄZANA Z PRZYCZYN LEŻĄCYCH PO STRONIE WNIOSKODAWCY

tak, podać datę

nie

6. CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON

tak, podać rodzaj i wysokość w zł. wymagalnego zobowiązania

nie

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

7. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art.233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za 3 miesiące poprzedzające miesiąc złożenia wniosku

Wynosił: liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

8. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku zaznaczyć właściwe – wypełnia PCPR
1.	Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>
2.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekunów prawnych	<input type="checkbox"/>
3.	Faktura VAT określająca kwotę opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup	<input type="checkbox"/>
4.	Kserokopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie) lub kopię 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	<input type="checkbox"/>
5.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych	<input type="checkbox"/>
6.	Jeżeli zajdzie taka potrzeba PCPR może żądać dostarczenia innych dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku	

Oświadczam, że :

- 1) informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania (odpowiedzialność karna przewidziana w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego),
- 2) posiadam środki własne na pokrycie wkładu własnego będącego uzupełnieniem dofinansowania,
- 3) jestem / nie jestem płatnikiem VAT (niepotrzebne skreślić),
- 4) w przypadku zmiany danych podanych we wniosku zobowiązuje się niezwłocznie o tym fakcie powiadomić PCPR ,
- 5) przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania,

.....
data i podpis Wnioskodawcy

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę we wniosku informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZWIĄZANYCH Z
REALIZACJĄ ZADANIA KTÓREGO DOTYCZY WNIOSK**

Dane osobowe przekazane przez Wnioskodawcę do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Żywcu przy ul. Ks. Pr. St. Słonki 24 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji zadania, którego dotyczy wniosek. Wnioskodawca posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznaniem dofinansowania.

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)¹ (adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego²:

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez PCPR z siedzibą w Żywcu przy ul. Ks. Pr. St. Słonki 24 (administrator danych) w celach związanych z realizacją zadania którego dotyczy wniosek, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Wypełnia PCPR

Stwierdzam, że wniosek jest / nie jest kompletny brak dokumentu (ów)

Wysłano pismo o uzupełnienie wniosku dnia..... nr pismatermin uzupełnienia
.....

Wniosek uzupełniono w dniu wniosek przechodzi do dalszej realizacji

Wniosek nie przechodzi do dalszej realizacji ze względu na brak uzupełnienia wniosku w wyznaczonym terminie
.....

Data i podpis pracownika PCPR w Żywcu

¹ niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie

² o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić