

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŻYWCU**

ul. Ks. Prał. St. Słonki 24, tel. (33) 861-93-36, 861-94-19 fax (33) 863-19-83

Załącznik nr 1 do Zarządzenia  
Kierownika PCPR w Żywcu  
nr 52/2018 z dnia 12.12.2018

.....  
Data wpływu wniosku

.....  
Nr sprawy

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

**Informacje o Wnioskodawcy/ dziecku/podopiecznym będącym osobą z niepełnosprawnością**

- należy wypełnić wszystkie pola we wniosku oraz właściwie zaznaczyć

**1. DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

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	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)
Imię .....	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta) .....
Nazwisko .....	Miejscowość .....
Data urodzenia:..... r.	Ulica .....
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nr domu ..... Nr m. ....
Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Powiat .....
	Województwo .....
	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> 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 banku .....nr 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		Dołączono do wniosku zaznaczyć właściwe – wypełnia PCPR
Nazwa załącznika		
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.	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.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŻYWCU**

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 zwane dalej „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu, ul. Ks. Pr.St. Słonki 24, 34-300 Żywiec.
2. W sprawach związanych z Pani/a danymi można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail [iodo@pcpr-zywiec.pl](mailto:iodo@pcpr-zywiec.pl).
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy.
4. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom w celu prawidłowej realizacji zadań na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych lub instytucjom uprawnionym do przetwarzania danych osobowych na mocy przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa oraz zgodnie z rzeczowym wykazem akt PCPR w Żywcu.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony danych Osobowych, gdy stwierdzone zostanie, że dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
  - a) dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępnianie dane osobowe nie mogą ujawniać danych osób trzecich,
  - b) sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,
  - c) żądania usunięcia danych po upływie okresu, o którym mowa w pkt. 5.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania. W przypadku nie podania danych osobowych wniosek pozostanie bez rozpatrzenia.

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższą informacją.

Data .....czytelny podpis.....

## Wypełnia PCPR

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

.....

Wysłano pismo o uzupełnienie wniosku dnia..... nr pisma .....termin 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 .....