Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

w Opocznie

Wniosek nr......................................

Kwota ............................................

/przyznana przez PCPR/

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**

**ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE**

**I ŚRODKI POMOCNICZE**

1. Imię i nazwisko..................................................................................................

2. Adres zamieszkania............................................................................................

.................................................................................................................................

3. Nr telefonu..........................................................................................................

4. PESEL.................................seria, nr dowodu osobistego...................................

5. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

6. Imię i nazwisko...................................................................................................

7. Adres zamieszkania ............................................................................................

8.PESEL..................................................................................................................

9. Dowód osobisty: seria....................... nr..............................................................

10. Czy osoba przebywa w jednostce organizacyjnej Pomocy Społecznej?

TAK

NIE

11. Przedmiot dofinansowania...............................................................................

Na podstawie faktur nr, z dnia: .............................................................................

Wnioskowana kwota……………………………………………………………..

12. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, przyznane dofinansowanie proszę przekazać na:

konto osobiste .................................................................................................

/nazwa banku/ /nr bankowy konta/

konto sprzedawcy /realizatora zlecenia/ ................................................................................................................................

Nazwa firmy / nazwa banku/ /nr bankowy konta/

odbiór w kasie Starostwa

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił .............................zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.........................

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych PFRON i uchwaleniu budżetu finansowego na bieżący rok przez Radę Powiatu Opoczyńskiego.

W ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Do czasu rozpatrzenia wniosku zobowiązuje się zawiadomić PCPR o zmianach mających wpływ na wydanie decyzji o przyznaniu dofinansowania (zmiana: np. miejsca zamieszkania, wysokość dochodu).

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą ul. Kwiatowa 1A, 26-300 Opoczno (Budynek Starostwa Powiatowego)
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych w PCPR w Opocznie: iod@pcpropoczno.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań jednostki na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych oraz zgodnie z :

- ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

- ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu   
osób niepełnosprawnych.

1. Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych mogą być:

- Podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;

- Podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

1. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji ww. celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
2. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, w przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
3. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
4. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Opocznie i wynika z przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit c ogólnego rozporządzenia ws ochrony danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r, informujemy, że dane osobowe podane w niniejszym wniosku o dofinansowanie będą przetwarzane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opocznie ul. Kwiatowa 1A, 26-300 Opoczno dla celów prowadzenia postępowania związanego z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże jeżeli chce się Pani/Pan ubiegać o dofinansowanie ze środków PFRON, podanie tych danych jest konieczne na podstawie § 11 rozporządzenia z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określania rodzajów 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.).

**Załączniki:**

- faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, **albo** – kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą 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 (§ 11 ust. 4 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON /j.t. Dz.U. z 2015 r. poz. 926 z późn. zm.);

- kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu).

W celu zweryfikowania danych zawartych we wniosku o dofinansowanie - dowód osobisty Wnioskodawcy do wglądu.

................................... ....................... ........................................................

(miejscowość) (data) (czytelny podpis Wnioskodawcy/

przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/ pełnomocnika)

**WYPEŁNIA PCPR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Brakujące załączniki** | TAK | NIE | dostarczyć do dnia... |
| - orzeczenie |  |  |  |
| - faktura |  |  |  |
| - faktura Proforma |  |  |  |
| - kopia zrealizowanego zlecenia |  |  |  |
| - kopia zlecenia przyjętego do realizacji |  |  |  |
| - złożenie wyjaśnień §12 ust. 4 |  |  |  |
| - inne |  |  |  |

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:

................................ ................................................

Data Podpis pracownika merytorycznego

Decyzja o przyznaniu /nie przyznaniu/ dofinansowania:

................................ ............................................

Data Podpis Dyrektora PCPR