

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**  
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

.....  
(data wpływu do PCPR)

**I. Dane personalne oraz adres zamieszkania wnioskodawcy ubiegającego się o dofinansowanie:**

Imię i nazwisko:		Data urodzenia:	
Nr PESEL:		Kod pocztowy:	
Miejscowość:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Nr telefonu:		Adres e-mail:	

**II. Dane personalne oraz adres zamieszkania osoby niepełnoletniej/podopiecznego:**

Imię i nazwisko:		Data urodzenia:	
Nr PESEL:		Kod pocztowy:	
Miejscowość:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Nr telefonu:		Adres e-mail:	

**Informacje o Wnioskodawcy/podopiecznym:****III. Stopień niepełnosprawności:** (wypełnić zgodnie z posiadanym orzeczeniem wstawiając x we właściwej rubryce)

1.	osoba w wieku do 16 roku życia posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności	
2.	znaczny	
3.	umiarkowany	
4.	lekki	
5.	I grupa inwalidzka	
6.	II grupa inwalidzka	
7.	III grupa inwalidzka	
8.	osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji	
9.	osoba niezdolna do samodzielnej egzystencji	
10.	osoba całkowicie niezdolna do pracy	
11.	osoba częściowo niezdolna do pracy	
12.	osoba o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
13.	osoba o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym	

**IV. Rodzaj niepełnosprawności: (wstawić x we właściwej rubryce)**

1.	01-U – upośledzenie umysłowe	
2.	02-P – choroby psychiczne	
3.	03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	
	osoba głucha	
	osoba głuchoniema	
4.	04-O – narząd wzroku	
	osoba niewidoma	
	osoba głuchoniewidoma	
5.	05-R – narząd ruchu	
	wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego	
	dysfunkcja obu kończyn górnych	
	dysfunkcja kończyn dolnych	
6.	06-E – epilepsja	
7.	07-S – choroby układu oddechowego i krążenia	
8.	08-T - choroby układu pokarmowego	
9.	09-M – choroby układu moczowo-płciowego	
10.	10-N – choroby neurologiczne	
11.	11-I - inne	
12.	12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe	

**V. Informacje dotyczące dofinansowania:**

Przedmiot dofinansowania:		Nr zlecenia NFZ:	
Całkowity koszt zakupu:		Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:		Wnioskowana kwota dofinansowania:	
Faktura za zakup przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego:			
<input type="checkbox"/> TAK: (podać numer faktury)		<input type="checkbox"/> NIE	

**VI. Forma przekazania środków finansowych: (wstawić x we właściwej kratce)** Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

 Przekazem pocztowym. Konto wykonawcy/sprzedawcy podany na dowodzie zakupu sprzętu/usługi.

## OŚWIADCZENIA

1. **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** wynosi: ..... zł.  
Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ..... .
2. **Oświadczam, że** mam zaległości wobec Funduszu lub w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  
 tak  nie (*zaznaczyć właściwe*)
3. W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

„ Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” – art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego z dnia 6 czerwca 1997r.

Upředzony/a o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela  
Ustawowego/Pełnomocnika \*)

\* **niepotrzebne skreślić**

### **Załączniki do wniosku:**

1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.
2. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym –dotyczy opiekunów prawnych.
3. Faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzeniem za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, ALBO  
- kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego oraz terminem realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.
4. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w PCPR w Sławnie.

## KLAUZULA INFORMACYJNA

### przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Sławnie.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (RODO) informujemy, że z dniem 25 maja 2018r.:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowy Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Sempołowskiej 2A, 76-100 Sławno jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.  
Administrator powołał **Inspektora Ochrony Danych (IOD)** Pana Andrzeja Popielarza z którym skontaktować się można mailowo: a.popielarz@pcprslawno.pl lub telefonicznie: 59 810 64 02.
2. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest wykonanie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu realizacji zadań ustawowych realizowanych w powiecie sławieńskim przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sławnie.
4. Podanie danych osobowych jest wymogiem wynikającym z przepisów prawa. Konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości realizacji Pani/Pana sprawy.
5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż to jest konieczne zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa w tym Jednolitym rzeczowym wykazem akt.
6. Administrator przekaze Pani/Pana dane wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.
7. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
8. Ma Pani/Pan prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania danych jak również prawo wycofać zgodę na przetwarzanie danych w dowolnym momencie co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
9. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.