

Data wpływu wniosku do PCPR w Łowiczu

WNIOSEK**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze****I. Dane osoby z niepełnosprawnością ubiegającej się o dofinansowanie.**

Nazwisko: Imię:

Adres zamieszkania: ulica nr domu nr lokalu

kod pocztowy - miejscowość.....

(poczta)

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż adres zamieszkania)

.....

Nr tel. PESEL

Dowód osobisty ważny do

Wnioskodawca przebywa w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej: tak nie**II. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika lub kuratora
(właściwe podkreślić).**

Nazwisko: Imię:

Adres zamieszkania: ulica nr domu nr lokalu

kod pocztowy - miejscowość

(poczta)

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż adres zamieszkania)

.....

Nr tel. PESEL

Dowód osobisty ważny do

III. Informacje o przedmiocie wniosku:

1. Nazwa przedmiotu ortopedycznego /środka pomocniczego – (należy wypełnić w przypadku faktury pro-formy)

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

2. Nazwa przedmiotu ortopedycznego /środka pomocniczego (należy wypełnić w przypadku faktury płatniczej rachunku i datę wystawienia)

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

Data dostarczenia

IV Sposób przekazania przyznanego dofinansowania (właściwe zaznaczyć):

przelewem na rachunek bankowy Wnioskodawcy Nazwa banku.....

nr:

przelewem na rachunek bankowy wystawcy faktury. Nazwa banku:

nr:

przelewem na rachunek bankowy osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę Nazwa banku:

nr:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych i osób pozostających razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, w bazie danych dla potrzeb realizacji przez PCPR w Łowiczu zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 późn. zm).

Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec PFRON oraz że w ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem(am) stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 oraz o treści art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (tj. Dz. U. z 2018 poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, że nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o dofinansowanie na ten sam cel ze środków PFRON za pośrednictwem innego powiatu.

O ewentualnych zmianach mających wpływ na przyznanie dofinansowania, zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w Łowiczu w ciągu 14 dni od daty zaistniałej zmiany.

.....
data

.....
podpis osoby z niepełnosprawnością
lub osoby uprawnionej do składania
podpisów w imieniu osoby z niepełnosprawnością

Załączniki wymagane do wniosku:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku
1.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik, a w przypadku dzieci do lat 16- stu kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu) .	
2.	Fakturę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, <u>kopią</u> zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, albo <u>kopię zlecenia</u> na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotę udziału własnego oraz termin realizacji zadania od momentu przyjęcia go do realizacji.	
3	Oświadczenie o wysokości dochodów Wnioskodawcy i osób zamieszkujących i utrzymujących wspólnie z Wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku Załącznik Nr 1 do wniosku.	
4.	Upoważnienie (w koniecznych przypadkach). Załącznik Nr 2 do wniosku	
5.	Dowód osobisty do wglądu	

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów we wniosku

.....

Data

.....

podpis pracownika PCPR w Łowiczu

PCPR W ŁOWICZU 2019

O Ś W I A D C Z E N I E

o wysokości dochodów

dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu - w celu dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Ja, niżej podpisany (a) zamieszkały (a):

Adres zamieszkania: ulica nr domu nr lokalu

kod pocztowy - miejscowość.....

Oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z osobą niepełnosprawną	Przeciętny * miesięczny dochód - netto	Rodzaj dochodu
1.			Wnioskodawca		
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
Przeciętny miesięczny dochód rodziny netto					

Oświadczam, że:

- Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
- Przeciętny miesięczny dochód rodziny netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym
wyniósł zł.
- Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.
- W przypadku jakiegokolwiek zmiany dochodów przed podjęciem decyzji w sprawie wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, poinformuję o tym fakcie PCPR w Łowiczu.

.....
data

.....
podpis osoby z niepełnosprawnością
lub osoby uprawnionej do składania
podpisów w imieniu osoby z niepełnosprawnością

POUCZENIE

*Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, to dochód pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek.

PCPR W ŁOWICZU 2019

.....
/nazwisko i imię Wnioskodawcy/

□□-□□□
/kod pocztowy/ /pocztą/

.....
/miejscowość, ulica/ /nr domu, lokalu/

gm.

U P O W A Ż N I E N I E

Upoważniam
/imię i nazwisko osoby upoważnionej/
zamieszkałego/a/.....

legitymującego/a/ się dowodem osobistym seria nr

PESEL □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ do:

Odbioru należności uzyskanych z dofinansowania ze środków PFRON do zakupu

.....
(nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego)

Numer rachunku bankowego osoby upoważnionej:

nr: □□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych oraz osób pozostających razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym w bazie danych dla potrzeb realizacji przez PCPR w Łowiczu zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 późn. zm.).

.....
data

.....
podpis osoby z niepełnosprawnością
lub osoby uprawnionej do składania
podpisów w imieniu osoby z niepełnosprawnością

Potwierdzam własnoręczność podpisu osoby niepełnosprawnej.

..... data
/miejscowość/

.....
podpis osoby potwierdzającej podpis osoby z niepełnosprawnością

Dowód osobisty ważny do:

PESEL □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

INFORMACJA DOTYCZY OPISU FAKTURY

Należy sprawdzać, aby faktury były poprawnie wystawione – i muszą zawierać dokładne dane:

- imię i nazwisko,
- adres zamieszkania.

Faktura musi być wystawiona na osobę na którą wystawione jest Zlecenie i nadany jest

limit NFZ (jeśli dot. dziecka faktura musi być wystawiona na dziecko).

WZÓR

OPISU FAKTURY:

- Całkowity koszt zakupu: przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego;
- Limit NFZ;
- Refundacja NFZ;
- Udział pacjenta.

Do faktury należy dołączyć:

- **Kopię zlecenia** - na zaopatrzenie poświadczoną za zgodność z oryginałem przez Sprzedawcę.

PCPR W ŁOWICZU 2019

Łowicz, dn.....

KLAUZULA INFORMACYJNA
do przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, informuję Pana/Panią, że:

Administratorem Pana/i Danych jest:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu
99-400 Łowicz, ul. Podrzeczna 30

Administrator powołał Inspektora Ochrony
Danych oraz udostępnia jego dane
kontaktowe:

Karolina Koprowska
pcprlowicz@poczta.fm
46/816-00-28, 837-03-44 w. 26

Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu:

Realizacji zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej
i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych i wydanych do
niej rozporządzeń wykonawczych

Podstawą do przetwarzania Pani/Pana
danych osobowych jest:

Udzielona przez Pana/Panią zgoda na przetwarzanie danych wynika
z obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego
z powyższej ustawy.

Informacja o przekazywaniu danych do
innych podmiotów:

Pani/Pani dane są przekazywane innym organom i podmiotom
niewymienionym w przepisach prawa w celach wskazanych powyżej.
Odbiorcami danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione
do odbioru danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych
przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

Okres przechowywania danych:

Pani/Pana dane będą przechowywane przez **10 lat**, zgodnie
z Zarządzeniem Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Łowiczu w porozumieniu z Dyrektorem Archiwum Państwowego
w Warszawie w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego
wykazu akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania
archiwum zakładowego

Ma Pani/Pan prawo do:

1. dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania,
2. usunięcia lub ograniczenia przetwarzania swoich danych,
3. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
4. przenoszenia danych,
5. cofnięcia wyrażonej zgody na przetwarzanie danych,
6. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy przetwarzanie danych naruszyłoby przepisy ogólne rozporządzenia.

Podane przez Panią/Pana dane są:

Wymogiem ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz
zatrudnienia osób niepełnosprawnych i wydanych do niej rozporządzeń.
Konsekwencją niepodania danych będzie niezafatwienie sprawy.

Pani/Pana dane:

Nie podlegają zautomatyzowanemu systemowi podejmowania decyzji,
w tym profilowaniu.

.....
Data i czytelny podpis petenta
od którego zbierane są dane

.....
Podpis pracownika