**NUMER WNIOSKU ………**

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

 *data wpływu wniosku*

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.**

 **WNIOSEK PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

Imię i Nazwisko..................................................................................................................

Adres zamieszkania\*...........................................................................................................

 (ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, Miejscowość)

Adres zameldowania ............................................................................................................

jeżeli jest inny niż zamieszkania (ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, Miejscowość)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Nr PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

TELEFON KONTAKTOWY:………………………………………………………………………

**Posiadane orzeczenie \*\***

wydane w dniu:………………… **□** na stałe **□**  na czas określony do dnia…………….…

symbol/e niepełnosprawności ………………….…...………………..….

 /jeżeli zostały wskazane w orzeczeniu/

a) o stopniu niepełnosprawności: □ Znacznym □ Umiarkowanym □ Lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów: □ I □ II □ III

c) □ o częściowej niezdolności do pracy,

 □ o całkowitej niezdolności do pracy,

 □ o niezdolności do samodzielnej egzystencji,

d) □ o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)

**Przedmiot dofinansowania:**…………………………………………………………………

 /wpisać nazwę przedmiotu/

**nr konta bankowego na które należy przekazać dofinansowanie:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..** /nazwa banku oraz dane właściciela konta bankowego: imię i nazwisko oraz adres zamieszkania/

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODU**

**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, wynosił: ……………………............... zł.**

**Słownie: ………………………………………………………………………………………………….… Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ……………**

 …………………… ……………………….………………………………

data podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela Ustawowego/

 Opiekuna Prawnego/Pełnomocnika

 \* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

 \*\* Właściwe zaznaczyć.

**Upoważnienie dotyczące realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON**

Ja, niżej podpisana/y ...............................................................................................................

zamieszkała/y ..........................................................................................................................

legitymująca/y się dowodem osobistym serii ................... nr ...................,

wydanym przez ......................................................................................................................

nr PESEL ........................................

upoważniam Pana/nią ............................................................................................................

zamieszkałą/ego ....................................................................................................................

legitymującą/ego się dowodem osobistym serii ................. nr ...................,

wydanym przez .....................................................................................................................

nr PESEL ......................................

do:

 odbierania z PCPR w moim imieniu dokumentów i pism dotyczących realizacji wniosku

 pobrania w moim imieniu w kasie Starostwa środków z przyznanego dofinansowania

 przekazania dofinansowania na konto osoby upoważnionej

.......................................... ………………………………………….

 miejscowość i data podpis Wnioskodawcy

............................................. ………………………………………….

 miejscowość i data podpis Upoważnionego

**Załączniki wymagane do wniosku:**

- kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności,

- faktura VAT określająca cenę nabycia przedmiotu ortopedycznego lub środków pomocniczych z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) oraz kwotą udziału własnego wraz z potwierdzoną za zgodność,
przez świadczeniobiorcę realizującego zlecenie (sklep), kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,

lub

- kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia przedmiotu ortopedycznego lub środków pomocniczych z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) i kwotą udziału własnego oraz terminem realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji (faktura proforma).

……………………………………………………

 Imię i nazwisko wnioskodawcy

……………………………………………………

 Adres zamieszkania

……………………………………………………

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:**

1. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Funduszu.
2. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy
o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Wyrażam zgodę na weryfikację przez PCPR podanych przeze mnie danych, w przypadku gdy wzbudzą one wątpliwość.
4. Oświadczam, że dane podane we wniosku i oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym. Jednoczenie oświadczam, że stosownie do art. 75 § 2 KPA, świadom/a jestem odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania zgodnie z art. 233 § 1 KK, który brzmi: „Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

 …………………… …….……………………….………………………………

data podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela Ustawowego/

 Opiekuna Prawnego/Pełnomocnika

**Informacja o przedstawicielu ustawowym dziecka, opiekunie prawnym, pełnomocniku notarialnym**

Imię (imiona) i nazwisko …………………………………………………….……………..………………………………………………………………..

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………………………………………………………

 (ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość,)

Dowód osobisty ……………………………………………….. wydany w dniu ……………………………………………….

 (seria i numer dowodu)

przez ………………………………………………………………….………PESEL…………………………………...………

Ustanowiony opiekunem\* / pełnomocnikiem\* …………………………………………………………………………………..

(postanowienie Sądu Rejonowego z dn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sygn. akt\*………… / na mocy pełnomocnictwa

potwierdzonego przez Notariusza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ z dn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ repet. \_\_\_\_Nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_)

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

\* Właściwe zaznaczyć

**Informacja o sposobie wyliczania przeciętnego miesięcznego dochodu:**

Przez dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, należy rozumieć:

* przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, 30b, 30c i 30e ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U.
z 2012r. Nr 51 poz. 307 z póź.zm.), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
* deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu
na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należy zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
* inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, zgodnie z zapisem art.3 ust.1C Ustawy
o świadczeniach rodzinnych z 28.11.2003r.

pomniejszony o kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

Zgodnie z powyższym przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się między innymi świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Powiat Żyrardowski** | POWIATOWECENTRUM POMOCY RODZINIEw ŻYRARDOWIEul. 1 Maja 60, 96–300 Żyrardów tel.: 46 854 20 83fax: 46 855 29 26pcpr.zyrardow@o2.pl |  Attachment-1 (1) |

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**KLAUZULA INFORMACJA**

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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 „RODO”), informuję o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie jest: Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Żyrardowie, 96-300 Żyrardów, ul. 1 Maja 60,
2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Żyrardowie, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w PCPR w Żyrardowie za pomocą adresu biuro@e-ssc.pl
3. Administrator danych osobowych – Dyrektor PCPR w Żyrardowie – przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:

a) wypełnienia obowiązków prawnych Administratora;

b) realizacji umów zawartych z kontrahentami Powiatu Żyrardowskiego;

c) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.

1. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt. 4 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;

b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PCPR w Żyrardowie przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Dyrektor PCPR w Żyrardowie.

1. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
2. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:

a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;

b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;

c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku, gdy:

* dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
* osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,
* osoba, której dane dotyczą wycofała zgodę na przetwarzanie danych osobowych, która jest podstawą przetwarzania danych i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania danych,
* dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
* dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;

d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych – w przypadku, gdy:

* osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
* przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,
* Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, ale osoba, której dane dotyczą, potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,
* osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;

e) prawo do przenoszenia danych – w przypadku, gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:

* przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane dotyczą lub na podstawie zgody wyrażonej przez tą osobę,
* przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany;

f) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w przypadku, gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:

* zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora,
* przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności, gdy osoba, której dane dotyczą jest dzieckiem.
1. W przypadku, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.
2. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w PCPR w Żyrardowie Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.
3. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
4. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
5. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

 ...................................... ……………………………… (miejscowość i data) (czytelny podpis oświadczającego)