Załącznik nr 1 do formularza wniosku

Do wniosku załączam:

1. Fakturę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego.
2. W przypadku faktury pro-forma, ofertę 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.
3. Kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.
4. kopia (oryginał do wglądu) aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności / grupie inwalidzkiej lub niezdolności do pracy/samodzielnej egzystencji.
5. ***Oświadczenie o dochodach za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wszystkich osób wspólnie zamieszkujących.***
6. Zaświadczenie z PUP w przypadku osoby posiadającej status osoby bezrobotnej (do wglądu)
7. Inne dokumenty dotyczące sytuacji dochodowej wymagane przez PCPR
8. Oświadczenia

Poszczególne przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Rodzaj i nazwa przedmiotu ortopedycznego środka pomocniczego	Pozycja limitu/ numer rachunku	Cena zakupu	Udział NFZ	Udział własny	Ilość	Kwota dofinansowania

---

DECYZJA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE

Nr wniosku: ON.601 . .2021

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie podejmuje decyzję pozytywną/negatywną* i przyznaje / nie przyznaje* środki PFRON w kwocie ..... zł (słownie złotych: .....
.....) na dofinansowanie do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla Pani /Pana .....

....

(data) (pieczęć PCPR) (pieczęć i podpis Dyrektora PCPR)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do formularza wniosku

Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

Ja niżej podpisany(a)
.....

(imię i nazwisko)

zamieszkały(a) .....
(miejscowość)

ulica .....nr domu ..... nr lokalu .....

oświadczam, że wraz razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Miesięczny dochód netto*
Dane dotyczące Wnioskodawcy:				
1.			-	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy -***poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa Wnioskodawcy*:**				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
Razem:				

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto, 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:…….....

** średni miesięczny dochód pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych wraz ze składką na ubezpieczenie zdrowotne, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób oraz powiększony o kwotę otrzymywanych alimentów podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony* ***za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku****.*

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku - Kodeks karny (tekst jednolity: Dz. U. z 2020 roku, poz.1444,1517 z późniejszymi zmianami) 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.

Uwaga!:

W przypadku podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, informacja na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonywania przez PCPR płatności tych środków.

……
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

……
……
……

(Adnotacje urzędowa pracownika przyjmującego oświadczenie)

Załącznik nr 3 do formularza wniosku

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji wniosku zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. (Dz. U z 2019 r. poz. 1781 z późniejszymi zmianami) oraz Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. zwanym dalej „RODO"

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że:

1) administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku- Kamiennej ul. Plac Floriański 1, a podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne;
2) W sprawach związanych z Pani/a danymi proszę się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych. Dane do kontaktu z **inspektorem ochrony danych osobowych** w firmie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku- Kamiennej, to:
   adres korespondencyjny 26-110 Skarżysko-Kamienna, Plac Floriański 1, adres e-mail: iodpcpr.sko@wp.pl, tel.41 253 00 23;
3) moje dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat (licząc od roku następującego po roku, w którym złożyłem/am wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON) ustalonym na podstawie odrębnych przepisów,
4) posiadam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody (w przypadku jej wyrażenia), prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
5) przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli moim zdaniem, przetwarzanie danych osobowych - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO – Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6) w razie konieczności moje dane mogą być udostępniane innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
7) moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane;
8) podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udzielenia wnioskowanego wsparcia,
9) podstawą przetwarzania moich danych jest art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust 2 lit. a RODO – w przypadku, gdy osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych (w tym danych dotyczących stanu zdrowia) w jednym lub większej liczbie określonych celów;
10) Administrator nie może na podstawie niniejszej zgody przetwarzać powyższych danych w sposób naruszający moje dobre imię lub dobra osobiste, a także w zakresie i celu innym niż wskazane powyżej.

……

(czytelny podpis Wnioskodawcy*)

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

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach do wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. Oświadczam że:

1. Mam / nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i (byłem/am)/(nie byłem/am) w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.*
2. Oświadczam, że nie ubiegam się i nie będę w danym rok ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne za pośrednictwem innego samorządu powiatowego.

……

(czytelny podpis Wnioskodawcy*)

Załącznik nr 4 do formularza wniosku

Skarżysko-Kamienna, ……

Pan/i ……..

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że wyrażam / nie wyrażam* zgodę/y na udzielanie drogą elektroniczną lub/i telefoniczną informacji dotyczących realizacji złożonego przeze mnie lub mojego przedstawiciela wniosku. Zostałem/am poinformowany/a, że informacje zostaną mi udzielone po podaniu mojego numeru PESEL.

....

(czytelny podpis osoby, przy której sporządzono oświadczenie)

(czytelny podpis wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/pełnomocnika*)

* właściwe zakreślić

Załącznik nr 5 do formularza wniosku

……..……
(miejscowość i data)

……
……
……
(imię, nazwisko, adres)

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y ..... proszę o przekazanie środków finansowych za środki pomocnicze, przedmioty ortopedyczne* na konto mojej/ mojego.....
.....
(imię, nazwisko, adres)
nazwa banku i numer konta bankowego
……
……

……
(czytelny podpis Wnioskodawcy*)

*opiekuna prawnego/pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego

Klauzula informacyjna RODO

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że:

1) administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku-Kamiennej, Plac Floriański 1, a podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne;
2) w sprawach związanych z moimi danymi mogę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych. Dane do kontaktu z **inspektorem ochrony danych osobowych** w firmie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku-Kamiennej, to: adres korespondencyjny 26-110 Skarżysko-Kamienna, Plac Floriański 1, adres e-mail: iodpcpr.sko@wp.pl, tel.41 253 00 23;
3) moje dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat (licząc od roku następującego po roku, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON) ustalonym na podstawie odrębnych przepisów;
4) posiadam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody (w przypadku jej wyrażenia), prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
5) przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego jeśli, moim zdaniem, przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO – Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
6) w razie konieczności moje dane mogą być udostępniane innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
7) moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane;
8) podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udzielenia wnioskowanego wsparcia,
9) podstawą przetwarzania moich danych jest art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. zwanym dalej „RODO" tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z realizacją zadań określonych w Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.(Dz.U.2019 poz. 1172 z poźn. zm);
10) administrator nie może przetwarzać powyższych danych w sposób naruszający moje dobre imię lub dobra osobiste, a także w zakresie i celu innym niż wskazane powyżej.

……
(Data i czytelny podpis właściciela konta bankowego)