Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Skarżysku - Kamiennej

26-110 Skarżysko Kamienna., ul. Plac Floriański 1 , Tel./Fax (41) 25 21 953
tel. 41 262 95 51 wew. 41,42 kom. 531 210 156

Skarżysko – Kamienna .....
(data wpływu- uzupełnia PCPR)

Numer sprawy **ON.SR.6013. .2018**

WNIOSEK
o dofinansowanie zaopatrzenia osób niepełnosprawnych
w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
realizowane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Nazwisko[1/]	Imię	Imię ojca i matki
Data urodzenia	Miejsce urodzenia	
PESEL	NIP	Adres i telefon

DANE DZIECKA

Nazwisko	Imię	Imię ojca i matki
Data urodzenia	Miejsce urodzenia	
PESEL	Adres i tel.	
Orzeczenie o niepełnosprawności	Numer i data ważności:	

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

Lp.	Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa wobec wnioskodawcy	Rodzaj i źródło dochodu	Dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku - netto
1.		**Wnioskodawca**		
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
			RAZEM	

Łączny dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
wynosi ..... zł, z czego na osobę miesięcznie wynosi ..... zł.
….....

.....

[1/]**w przypadku osób nieletnich (dzieci i młodzieży do lat 18) wnioskodawcą jest jeden z rodziców lub opiekun prawny**

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

Dotychczas korzystałem/am z dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze: tak/nie*, kiedy .....
Rodzaj przedmiotu, środka pomocniczego .....

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-formy) 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 wraz z potwierdzoną za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.
4. kopia (oryginał do wglądu) aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności/ lub stopniu niepełnosprawności dla dzieci powyżej 16 roku życia.
5. ***Zaświadczenie o dochodach za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wszystkich osób wspólnie zamieszkałych***
6. Inne dokumenty dotyczące sytuacji dochodowej.
7. Zaświadczenie z PUP w przypadku osoby posiadającej status osoby bezrobotnej.

Proszę o przekazanie dofinansowania na:

- ☐ moje konto bankowe.....
- ☐ konto sprzedawcy.....
- ☐ inne konto (wraz z załączonym oświadczeniem).....

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 2018 r. poz. 1000) 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. b RODO – w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, a podane dane będą przetwarzane w celu realizacji mojego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w oparciu RODO oraz ustawę o ochronie danych osobowych z dn. 10.05.2018 r. (Dz. U z 2018 r. poz. 1000);
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.

....., data ....
(miejscowość) (podpis wnioskodawcy)

Data	Imię i Nazwisko przyjmującego wniosek

DECYZJA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE
Nr wniosku ON.SR.6013. .2018

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