

Nr kolejny wniosku **PCPRVII-721-..... .2020**

Kwota.....

W N I O S E K

o dofinansowanie zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ze środków PFRON.

I. Dane wnioskodawcy (Wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imię.....Nazwisko.....

Nr PESEL									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania: kod miejscowość.....

Ulica Nr budynku nr lokalu Tel.

II. Charakterystyka niepełnosprawności

Rodzaj niepełnosprawności.....

Stopień niepełnosprawności.....

III. Rodzaj i opis przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego którego dotyczy wnioskowane dofinansowanie:

.....

Całkowity koszt w/w przedmiotu lub środka

Udział Narodowego Funduszu Zdrowia.....

Udział wnioskodawcy

IV. Środki proszę przekazać na konto:

(Imię i nazwisko)

(Adres)

- - - -
 - -

(Numer konta)

V. Pouczony o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, przewidzianej w art. 233 § 1 Ustawy z 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny „Kto składając zeznanie mające służyć jako za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”, **oświadczam, co następuje:**

1. Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi :

/ uprawniony, jego współmałżonek, małżonka i dzieci/

Miesięczny dochód netto mojej rodziny z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku wynosi:

Kwota alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób:

.

Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego wynosi*:

* Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, to miesięczny dochód rodziny pomniejszony o obciążenia: zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o 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 złożenia wniosku.

2. Nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, nie byłem w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Zobowiązuję się informować Centrum w ciągu 14 dni o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku.
4. Posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek złożony w dniu zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na **2020 rok** przez Radę Powiatu Leszczyńskiego.

Brak udziału Narodowego Funduszu Zdrowia w kosztach przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego (udział NFZ musi być wyszczególniony na fakturze) uniemożliwia dofinansowanie ze strony PCPR w Lesznie (ze środków PFRON).

VI. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik syn/córka
seria nr wydany w dniu przez
.....nr PESEL
miejscowość ulica nr domu
nr lokalu..... nr kodu - poczta.....powiat
województwo nr tel.(z nr kier.)
ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. repet. Nr)

.....
Data i podpis Wnioskodawcy

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność wydanego przez ZUS, Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, KRUS lub MSWiA (orzeczenie KRUS i MSWiA tylko, jeżeli zostało wydane do 31.12.1997 roku) - oryginał do wglądu.
2. Faktura/kosztorys za zakupione przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze z wyszczególnionym limitem cenowym towaru (lub naprawy) oraz kwotą opłaconą przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotę udziału własnego osoby niepełnosprawnej.
3. Kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.

Obowiązek Informacyjny według Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)

Zgodnie z art. 12,13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanego dalej Rozporządzeniem z dnia 27 kwietnia 2016 r. zwanego dalej Rozporządzeniem informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lesznie z siedzibą w Lesznie przy pl. Kościuszki 4B;
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: dgron76@gmail.com lub pisemnie na adres siedziby Administratora
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań ustawowych na podstawie ustawy o samorządzie powiatowym, Kodeksu postępowania administracyjnego i innych przepisów prawa niezbędnych do realizacji zadań ustawowych;
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą upoważnieni pracownicy i podmioty na podstawie przepisów prawa;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane według obowiązującej instrukcji kancelaryjnej;
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia;
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie skutkowało pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia.

.....
Data i podpis Wnioskodawcy

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów

(data, pieczętka i podpis pracownika PCPR)

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

Leszno, dnia2020r.

Imię i nazwisko, adres

PEŁNOMOCNICTWO

Upoważniamzam.

Do odbioru należnego mi świadczenia z tytułu

W kwocie zł

Środki proszę przekazać na rachunek bankowy ww osoby nr

- - - -

- -

.....

podpis