

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku
37-400 Nisko, ul. Kościuszki 7
Tel.: (15) 841 63 68

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAOPATRZENIA
W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

I. DANE WNIOSKODAWCY:

Nazwisko:	Imię:
PESEL:	Data urodzenia:
Nr telefonu:	Mieszkaniec DPS: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Adres zamieszkania:	

II. CEL DOFINANSOWANIA: (zaznaczyć wg wskazań lekarza):

<input type="checkbox"/> pieluchomajtki	<input type="checkbox"/> wózek inwalidzki	<input type="checkbox"/> obuwie ortopedyczne	<input type="checkbox"/> aparat słuchowy
<input type="checkbox"/> wkłady anatom.			<input type="checkbox"/> wkładka uszna
<input type="checkbox"/> kule łokciowe	<input type="checkbox"/> proteza uda / podudzia	<input type="checkbox"/> pończochy kikutowe	<input type="checkbox"/> proteza piersi
<input type="checkbox"/> balkonik			<input type="checkbox"/> peruka
<input type="checkbox"/> pionizator	<input type="checkbox"/> cewniki	<input type="checkbox"/> sprzęt stomijny	<input type="checkbox"/> szkła okularowe
<input type="checkbox"/> materac p/odl.	<input type="checkbox"/> gorset ortopedyczny	<input type="checkbox"/> orteza	<input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> poduszka p/odl.		

III. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Średni miesięczny dochód
1.		WNIOSKODAWCA	
2.			
3.			
4.			
5.			
RAZEM			

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za **kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**, wyniósł:

..... zł gr

IV. FORMA PRZEKAZANIA DOFINANSOWANIA (właściwe zaznaczyć):

Przyznane dofinansowanie proszę przekazać:

- przelewem na rachunek bankowy **wnioskodawcy**,
- przelewem na rachunek bankowy **sprzedawcy**,
- odbiór osobisty / osoba upoważniona (PCPR Nisko, pok. nr 1),**

W celu umożliwienia przelania kwoty dofinansowania na konto osobiste proszę podać:

Nazwę

banku.....

Nr konta

osobistego.....

Imię i nazwisko właściciela

konta.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Przyjmuję do wiadomości, iż:

- Wnioski będą rozpatrywane od momentu zatwierdzenia środków finansowych przez Radę Powiatu Nizańskiego, otrzymanych wg algorytmu z PFRON.
- Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych dla powiatu nizańskiego na dany rok kalendarzowy.
- Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do tut. PCPR w formie pisemnej.
- Dofinansowaniu nie podlegają przedmioty zakupione przed dniem wydania orzeczenia.

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności, kopia wypisu z treści orzeczenia o zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich, o całkowitej/częściowej niezdolności do pracy/ niezdolności do samodzielnej egzystencji lub kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu).
2. Faktura potwierdzająca zakup przedmiotu ortopedycznego / środka pomocniczego z wyszczególnieniem:
całkowitego kosztu zakupu, kwoty opłaconej przez NFZ w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, kwoty udziału własnego
3. Kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.
4. W przypadku osób niezdolnych do złożenia podpisu na wniosku, dodatkowo pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

* właściwe zaznaczyć

KLAUZULA INFORMACYJNA

Obsługa wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON

Zgodnie z art. 13 ust. 1i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku z siedzibą w Nisku pod adresem 37-400 Nisko, ul. Kościuszki 7, tel. 15 84 16 368, e-mail: poczta@pcpr-nisko.pl
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Pan Andrzej Kołodziej, z którym można się skontaktować pod e-mail: poczta@pcpr-nisko.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu :
Przyznanie dofinansowania ze środków PFRON

Na podstawie:

Art. 4 ust. 1, pkt. 5 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 o samorządzie powiatowym, art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie:

Brak odbiorców danych

5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu usunięcia zgodnie z kategorią archiwalną tj.:

Zgodnie z kategorią archiwalną.

7. Posiada Pani/Pan prawo:
 - a) dostępu do treści swoich danych osobowych,
 - b) prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania,
 - c) prawo do przenoszenia danych,
 - d) prawo wniesienia sprzeciwu.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obligatoryjne, a ich zakres został określony w ustawie Kodeks postępowania administracyjnego oraz w przepisach szczegółowych, konsekwencją niepodania tych danych będzie pozostawienie podania bez rozpoznania.
10. Pani/Pan dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałem/am się.....

KLAUZULA INFORMACYJNA

Przygotowanie i obsługa asygnat dla osób uprawnionych do odbioru pieniędzy

Zgodnie z art. 13 ust. 1i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku z siedzibą w Nisku pod adresem 37-400 Nisko, ul. Kościuszki 7, tel. 15 84 16 368, e-mail: poczta@pcpr-nisko.pl
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Pan Andrzej Kołodziej, z którym można się skontaktować pod e-mail: poczta@pcpr-nisko.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu :
Odbiór pieniędzy

Na podstawie:

Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie:

Brak odbiorców danych
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu usunięcia zgodnie z kategorią archiwalną tj.:

Zgodnie z kategorią archiwalną.

7. Posiada Pani/Pan prawo:
 - a) dostępu do treści swoich danych osobowych,
 - b) prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania,
 - c) prawo do przenoszenia danych,
 - d) prawo wniesienia sprzeciwu.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obligatoryjne, a ich zakres został określony w ustawie Kodeks postępowania administracyjnego oraz w przepisach szczegółowych, konsekwencją niepodania tych danych będzie pozostawienie podania bez rozpoznania.
10. Pani/Pan dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałem/am się.....