

Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

Przyjmuje do wiadomości, że:

1. Rozpatrzeniu będą podlegały jedynie kompletne i prawidłowo wypełnione wnioski.
2. Wszelkie zmiany we wniosku oraz rezygnacje należy zgłaszać w formie pisemnej.
3. W przypadku gdy właściwa jednostka organizacyjna samorządu terytorialnego poweźmie wątpliwość odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wzywa wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
4. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych dla Powiatu Zgorzeleckiego na dany rok kalendarzowy.
5. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.
6. Wnioski złożone od stycznia rozpatrywane będą w terminie 30 dni od dnia podjęcia uchwały Rady Powiatu Zgorzeleckiego w sprawie podziału środków finansowych PFRON, przyznanych powiatowi zgorzeleckiemu na poszczególne zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych na dany rok kalendarzowy.

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłem(em) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Ja niżej podpisany(a) pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego* za składanie fałszywych zeznań, składam stosowane do art. 75 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

* art.233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

3. Oświadczam, że przebywam w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej: ☐tak ☐nie
4. ☐ Wyrażam ☐ Nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie adresu e-mail oraz nr telefonu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w celu kontaktu do rozpatrzenia wniosku. Jednocześnie oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie wycofania zgody w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

☐ Wyrażam zgodę na przeprowadzenie niezbędnych kontroli w ramach realizacji wniosku i umowy.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
Podpis osoby z niepełnosprawnością
lub osoby uprawnionej do składania
podpisów w imieniu osoby z niepełnosprawnością

Klauzula informacyjna:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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, dalej: RODO) informuję, że:

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zgorzelcu, Boh. II AWP 8, 59-900 Zgorzelec.

1. Administrator danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, e-mail: iod@pcpr.zgorzelec.pl.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. b i h RODO, Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych; Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO w zakresie udzielonej zgody w celu ubieganiem się o dofinansowanie ze środków finansowych PFRON.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Ponadto mogą być one ujawniane podmiotom, z którymi Administrator zawarł umowy na świadczenie usług prawnych, IT, serwera mailowego.
4. Ma Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
5. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem – przetwarzaniu danych osobowych, mają Państwo prawo do wniesienia z tego tytułu skargi do organu nadzorczego. Adres: Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00
6. Pani/Pana dane, nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
7. Podanie przez Pani/Pana danych osobowych w zakresie wymaganym prawem jest obligatoryjne. Konsekwencją nie podania wymaganych prawem danych osobowych, będzie brak możliwości skorzystania z pomocy i wsparcia, które oferuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zgorzelcu. W pozostałych przypadkach podanie danych jest dobrowolne a zgoda na ich przetwarzania może zostać cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody sprzed jej cofnięcia (kontakt listowny na adres Administratora bądź na adres e-mail: iod@pcpr.zgorzelec.pl).
8. Zgromadzone w toku przetwarzania dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z Instrukcją kancelaryjną obowiązującą w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Zgorzelcu.

.....
Podpis osoby z niepełnosprawnością
lub osoby uprawnionej do składania
podpisów w imieniu osoby z niepełnosprawnością

Lista załączników – dofinansowanie do przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych:

1. Faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup.
2. Kserokopia karty zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi (wypełniona przez lekarza, NFZ i sklep) potwierdzoną za zgodność z oryginałem, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.

LUB

1. Kopia przyjętego do realizacji zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (wypełniona przez lekarza, NFZ i sklep), potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.
2. Oferta określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.

ORAZ

3. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, ważnego na dzień zakupu danego zakupu danego przedmiotu.
4. Kopię pełnomocnictwa lub postanowienia o ustaleniu opiekuna prawnego jeśli taki został ustanowiony.
5. Akt urodzenia lub dokument upoważniający do pełnienia opieki nad dzieckiem w przypadku wniosku dot. niepełnoletniej osoby z niepełnosprawnością.
6. Upoważnienie do odbioru dofinansowania (jeśli dotyczy).
7. Oświadczenia.
8. Klauzula informacyjna.

WYPEŁNIA PRACOWNIK PCPR:

Stwierdzam kompletność wniosku nr wraz z załącznikami.

.....
data

.....
pieczęć i podpis pracownika PCPR

Maksymalna wysokość dochodu uprawniająca do otrzymania dofinansowania w momencie złożenia wniosku do PCPR w Zgorzelcu dla:

- osoby samotnej:

- osoby prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe:

Informacje o przedmiocie dofinansowania:

Lp.	Nr faktury / kopii zlecenia	Nazwa przedmiotu	Cena	Limit cenowy NFZ	%	Refundacja NFZ	Wysokość dofin. z PFRON	Wkład własny
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
razem								

Wyłacono dofinansowanie z pieniędzy PFRON w kwocie: dnia2026 r.

.....,

.....

.....

.....

(dane wnioskodawcy)

Upoważnienie

Ja, niżej podpisana/y..... legitymująca/y się dowodem osobistym
seria nr zam.

upoważniam legitymującą/ego się dowodem osobistym
seria nr zam.

do odbioru dofinansowania z pieniędzy PFRON za zakupione przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

.....