

Data przyjęcia wniosku

**WNIOSEK****W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE**

Zwracam się z prośbą o dofinansowanie ze środków PFRON zakupu następującego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego:

.....  
( wpisać nazwę handlową przedmiotu, środka)

w kwocie.....zł, słownie .....zł

**Dane osoby niepełnosprawnej będącej Wnioskodawcą:**

<b>Imię</b>		<b>Nazwisko</b>	
<b>Kod pocztowy</b>		<b>Miejscowość</b>	
<b>Ulica</b>		<b>Numer</b>	
<b>Nr Telefonu dobrowolnie</b>		<b>e-mail</b>	
<b>Data urodzenia</b>		<b>PESEL</b>	
			<b>Powiat</b>

**Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy:**

Oświadczam, że średni miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych<sup>1</sup>, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, wynosił ..... złotych na osobę w gospodarstwie.

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym** .....

**Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:**

1. Imię i nazwisko .....PESEL.....

2. Adres .....

**W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, przyznane dofinansowanie proszę przelać na konto**

.....nr|\_|\_| -|\_|\_|\_|\_| -|\_|\_|\_|\_|- |\_|\_|\_|\_|- |\_|\_|\_|\_| -|\_|\_|\_|\_|- |\_|\_|\_|\_|  
(nazwa banku) (numer bankowy konta)

.....  
(dane dysponenta rachunku bankowego, na które ma być przelane przyznane dofinansowanie)

**lub wypłacić gotówką dla**.....  
(nazwisko i imię, adres zamieszkania osoby, która będzie odbierać dofinansowanie)

**legitymującym się dokumentem tożsamości**.....  
(numer i seria dowodu, paszportu, upoważnienia, pełnomocnictwa, itp.)

**Uwaga !!! w przypadku wypłaty gotówkowej wskazać osobę, która będzie w stanie osobiście odebrać przyznane dofinansowanie.**

<sup>1</sup> Należy wpisać średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń 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, w którym składany jest wniosek.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, a w przypadku wykrycia faktu wprowadzenia w błąd organu rozpatrującego wniosek, podania nieprawdziwych informacji, zobowiązuję się do zwrotu pełnej kwoty udzielonego dofinansowania wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tego dofinansowania, w terminie wskazanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach.

Zobowiązuję się na żądanie PCPR w Krapkowicach dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów. Jeżeli wykazany średni miesięczny dochód brutto na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, PCPR ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodzin z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.

### **Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

Ponadto wyrażam zgodę na podanie mojego numeru telefonu adresu e-mail w celu ułatwienia kontaktowania się ze mną w sytuacjach, gdy jest to niezbędne. Podanie numeru telefonu i adresu e-mail jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

.....  
(miejscowość)

.....  
(data)

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

**Klauzula Informacyjna:** Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że: **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach, z siedzibą w Krapkowicach, ul. Kilińskiego 1. **Inspektorem ochrony danych osobowych** w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach jest Grzegorz Cegłowski, tel. 77 44 67 120, e-mail: g.ceglowski@powiatkrapkowicki.pl. **Odbiorcą danych osobowych** jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach oraz organy właściwe określone ustawami. Dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonywania zadań na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a,b,c,e rozporządzenia oraz innych przepisów prawa, które zobowiązują i wskazują na konieczność przetwarzania danych. Dane osobowe będą przekazywane do innego państwa wyłącznie w przypadkach, kiedy wymaga tego prowadzone postępowanie. Dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w Jednolitym Rzeczym Wykazie Akt Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach stanowiącym załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 8/2016 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach z dnia 30 Listopada 2016r. **Posiada Pani/Pan prawo** dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawienia. **Ma Pani/Pan prawo** wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), w przypadku, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym lub warunkiem zawarcia umowy.

### **Do wniosku należy załączyć:**

1. **Fakturę VAT, oryginał** (rachunek, kosztorys) za zakupione przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze wystawioną na osobę niepełnosprawną z **wyszczególnieniem kwot opłaconych przez Narodowy Fundusz Zdrowia** w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i **kwotę udziału własnego**. Faktury, rachunki za przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze z odroczonym terminem płatności, nie mogą być wystawione z terminem zapłaty, krótszym niż 21 dni od daty wystawienia.
2. **Potwierdzoną za zgodność**, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. W przypadku kosztorysu potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopię zlecenia (potwierdzonego przez NFZ) na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
3. **Kserokopię ważnego orzeczenia** o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, a w przypadku dzieci i młodzieży kserokopie orzeczenia o niepełnosprawności.

**Ważne ! Koszty poniesione przed uzyskaniem orzeczenia o niepełnosprawności nie są objęte dofinansowaniem ze środków PFRON.**

O dofinansowanie może ubiegać się osoba niepełnosprawna, której średni miesięczny **dochód nie przekracza kwoty:** a) 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym, b) 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osób samotnych.

### **Wypełnia PCPR**

Wniosek wraz z załącznikami spełnia kryteria zgodności z Rozporządzeniem MPiPS z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz. U. z 2015r. poz. 926 z późn. zm.)

<b>I.p.</b>	<b>Podmiot</b>	<b>Kwota dofinansowania</b>
1.	Narodowy Fundusz Zdrowia	
2.	PCPR (PFRON)	
3.	Udział własny	
RAZEM		

.....  
Data i podpis pracownika PCPR

Po dokonanej analizie wniosku, zgodnie z procedurami dofinansowania, decyzją **Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach** postanowiono **przyznać / nie przyznać** dofinansowanie ze środków PFRON **w kwocie .....** **zł** **(słownie.....)**

.....  
Data

.....  
Pieczęć PCPR

.....  
Pieczęć i podpis dyrektora PCPR