

Data wpływu

Nr rejestru PCPR.ON. 553.....

WNIOSEK**O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE**

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY - OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O DOFINANSOWANIE	
<i>(Osobą wnioskującą o dofinansowanie jest pełnoletnia osoba niepełnosprawna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, opiekun prawny, przedstawiciel ustawowy, pełnomocnik osoby niepełnosprawnej)</i>	
Imię/imiona..... Nazwisko..... Data urodzenia r. PESEL ____	FORMA REPREZENTACJI - Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....syg. Akt..... - Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dniaRepet. Nr.....
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	ADRES KORESPONDECYJNY <i>(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)</i>
miejscowość ulica nr domu nr lokalu kod pocztowy ____ - ____ nr telefonuemail.....	miejscowość ulica nr domu nr lokalu kod pocztowy ____ - ____

DANE DOTYCZĄCE UPRAWNIONEGO ADRESATA POMOCY - OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ	
<i>(należy wpisać jeśli jest to inna osoba niż wskazana wyżej)</i>	
DANE PERSONALNE	
Imię/imiona.....Nazwisko..... Data urodzenia r. PESEL ____	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	ADRES KORESPONDECYJNY <i>(należy wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania)</i>
miejscowość ulica nr domunr lokalu kod pocztowy ____ - ____	miejscowość ulica nr domu nr lokalu kod pocztowy ____ - ____
STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ADRESATA POMOCY <i>(należy zaznaczyć jedną z możliwości zgodnie z posiadanym dokumentem)</i>	
☐ znaczny stopień niepełnosprawności ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności ☐ lekki stopień niepełnosprawności ☐ niepełnosprawność do 16 roku życia	Orzeczenie ważne: ☐ okresowo do r. ☐ bezterminowo
☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji ☐ całkowita niezdolność do pracy ☐ częściowa niezdolność do pracy	
☐ I grupa inwalidzka ☐ II grupa inwalidzka ☐ III grupa inwalidzka	

Lp.	PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA	NR FAKTURY/RACHUNKU/OFERTY CENOWEJ/ FAKTURY PROFORMA, DATA WYSTAWIENIA	WNIOSKOWANA KWOTA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Razem			

Lp.	SPOSÓB PRZEKAZANIA DOFINANSOWANIA (właściwie zaznaczyć)	
1.	Osobisty odbiór w Kasie Banku Spółdzielczego w Krasnosielcu z siedzibą w Makowie Mazowieckim	
2.	Osobiste konto bankowe	
3.	konto bankowe sprzedawcy wyrobu medycznego	
4.	Odbiór przez osobę upoważnioną..... w Kasie Banku Spółdzielczego w Krasnosielcu z siedzibą w Makowie Mazowieckim	
5.	Wskazane konto bankowe osoby upoważnionej	

Nazwa posiadacza rachunku (dot. pkt 2, 3 i 5).....

Nazwa banku.....

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Załączniki wymagane do wniosku:

- 1) **kopia orzeczenia** o stopniu niepełnosprawności lub niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu)
- 2) **oryginał faktury/rachunku** określających kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup lub faktura proforma lub oferta cenowa,
- 3) **kopia zrealizowanego zlecenia** na zaopatrzenie w wyroby medyczne, potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie lub **kopia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przyjętego do realizacji**,
- 4) **postanowienie Sądu lub pełnomocnictwo** w przypadku, kiedy wniosek składa opiekun prawny lub pełnomocnik (oryginał do wglądu).

Uwaga!

Brak udziału Narodowego Funduszu Zdrowia w kosztach zakupu przedmiotu dofinansowania wyszczególnionego na fakturze uniemożliwia przyznanie przez PCPR dofinansowania.

Kompletne wnioski będą rozpatrywane według kolejności złożenia do momentu wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych na powyższe zadanie w danym roku budżetowym.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, tj. danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez administratora, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Makowie Mazowieckim, adres: ul. Duńskiego Czerwonego Krzyża 3, 06-200 Maków Mazowiecki, **w celu kontaktu telefonicznego**. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

KLAUZULA INFORMACYJNA
dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Makowie Mazowieckim, adres: ul. Duńskiego Czerwonego Krzyża 3, 06-200 Maków Mazowiecki;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: sekretariat@pcpr-makowmazowiecki.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawy z dnia 24 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceńbiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Zapoznałem/łam się z powyższą treścią i przyjąłem/ęłam do wiadomości.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

