



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Cieszynie

PCPR.DORS.4812.

NUMER SPRAWY

Data wpływu wniosku

Podpis pracownika

Data uzupełnienia wniosku

Podpis pracownika

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

Uwaga!

Przed złożeniem wniosku proszę zapoznać się z „Zasadami dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zadań z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych z terenu Powiatu Cieszyńskiego”- dostępne na stronie internetowej www.pcprcieszyn.ox.pl oraz w siedzibie PCPR w Cieszynie.

Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania dofinansowania ze środków PFRON. Od negatywnego rozpatrzenia nie przysługuje odwołanie.

Wniosek zwolniony z opłaty skarbowej na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 16.11.2006r. o opłacie skarbowej (tekst jednolity Dz. U. z 2020 poz. 1546 z późn. zm.)

I. Dane wnioskodawcy/dziecka/podopiecznego:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

(dobrowolne)

PESEL:

Adres do korespondencji:

Mieszkaniec Domu Pomocy Społecznej: tak

nie

II. Dane opiekuna prawnego /kuratora /pełnomocnika /przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

(dobrowolne)

PESEL:

Adres do korespondencji:

III. Oświadczenie o dochodach:

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił złotych.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym:

(Należy wskazać miesięczny dochód netto. Do dochodu nie wlicza się zasiłków z pomocy społecznej takich jak zasiłek rodzinny, zasiłek pielęgnacyjny, zasiłek okresowy, zasiłek stały, świadczenie wychowawcze).

IV. Przedmiot dofinansowania:

.....
.....

V. Proszę o przesłanie środków:

Przelewem na rachunek bankowy:

Imię i nazwisko właściciela/nazwa:

Nazwa banku:

Nr rachunku bankowego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Przekazem pocztowym na adres:

.....
.....

Oświadczam, iż:

NIE MAM/MAM* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz **NIE BYŁAM/EM/BYŁAM/EM*** w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku strona umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

*nie potrzebne skreślić

Dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym–uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (tekst jednolity z 2018r. poz. 1600 z późn. zm.).

Zobowiązuję się powiadomić PCPR w Cieszynie o wszystkich zmianach mających wpływ na rozpatrzenie wniosku w terminie 30 dni od dnia zaistnienia zmiany.

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Cieszynie (43-400) przy ulicy Bobreckiej 29, reprezentowane przez Dyrektora (nr tel.: 33 47 77 117 adres e-mail: sekretariat@pcpr.cieszyn.pl).

W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu 518-442-215 w godzinach pracy urzędu, tj. od 7.30 – 15.30 lub adresem e-mail: inspektor@pcpr.cieszyn.pl.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie przetwarza dane osobowe w celu prowadzenia dokumentacji w zakresie wynikającym z przepisów prawa dotyczących realizacji zadań powiatu z zakresu rehabilitacji społecznej wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i innych ustaw oraz przepisów szczegółowych dotyczących udzielanej pomocy osobom niepełnosprawnym, w tym finansowanym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz ich archiwizacji.

W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych powyżej, dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru danych.

Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres 10 lat po zakończeniu postępowania, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.

W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie, danych osobowych, przysługują niniejsze prawa:

- dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązany jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie,
- sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
- ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO,
- cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (dotyczy danych podanych dobrowolnie, tj. nr telefonu),
- usunięcia danych (dotyczy danych podanych dobrowolnie, tj. nr telefonu).

W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie przez danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie skutkuje pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.

**Czytelny podpis Wnioskodawcy/Opiekuna
Prawnego/Kuratora/Pełnomocnika/przedstawiciela
ustawowego:**

Data:

.....
Zgodnie z zapisami art. 79 kodeksu cywilnego osoba nie mogąca pisać, lecz mogąca czytać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej bądź w ten sposób, że **uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój czytelny podpis.**

Załączniki do wniosku (WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PRACOWNIK PCPR):

L.p	Nazwa załącznika	załączono/d ata/uwagi	uzupełniono/ data/uwagi
1	Dowód osobisty do wglądu	x	x
2	Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik		
3	Kopia aktu urodzenia dziecka		
4	Kopia dokumentu uprawniającego do reprezentowania wnioskodawcy		
5	Faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup		
6	Potwierdzoną za zgodność odpisu z oryginałem, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze		
	LUB		
7	Oferta (faktura pro-forma) określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz terminem realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji		
8	Kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze		
9	Inne		

Adnotacje przyjmującego wniosek (wypełnia PCPR):

.....

.....

.....

.....

wniosek kompletny

wniosek niekompletny

.....

(podpis pracownika)