



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

.....
Nr sprawy (wypełnia pracownik PCPR)

.....
Data wpływu wniosku

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

1. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko	PESEL
Adres zamieszkania	
Adres korespondencyjny (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)	

2. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Numer PESEL
☐ przedstawiciel ustawowy ☐ opiekun prawny* ☐ pełnomocnik*
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... sygnatura akt.....
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczanego przez notariusza..... dnianr repertorium.....

3. Przedmiot/y dofinansowania:

.....
.....

Koszt całkowity zakupu (zł):.....

Kwota refundacji z Narodowego Funduszu Zdrowia (zł):.....

Kwota udziału własnego (zł):.....



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

4. Oświadczenie o wysokości dochodu:

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

Oświadczam, że:

- ✓ średni miesięczny dochód (netto) na osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł zł
słownie:zł

w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

UWAGA! Do dochodu nie wlicza się świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku i dodatku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych

Osoba niepełnosprawna prowadzi gospodarstwo domowe: ☐ indywidualnie

☐ **wspólnie**- proszę podać liczbę osób we wspólnym gospodarstwie:

- ✓ nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązaną z przyczyn leżących po mojej stronie,
- ✓ adres podany we wniosku jest stałym miejscem zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
- ✓ zobowiązuję się do niezwłocznego zgłoszenia każdej zmiany związanej z fakturą (korekta, wystawienie duplikatu, itp.), na podstawie której przyznano dofinansowanie.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy*/
przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*



* niepotrzebne skreślić



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach**.

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, e-mail: sekretariat@pcprkartuzy.pl
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@pcprkartuzy.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych związanym m.in. z udzieleniem dofinansowania ze środków PFRON do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla osoby niepełnosprawnej.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
5. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
6. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
7. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych 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.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

.....
data i czytelny podpis
wnioskodawcy*/przedstawiciela ustawowego*,



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

83-300 Kartuzi ul. Mściwoja II 20 tel./fax 0 58 685-33-20, 684-00-82,

adres internetowy: www.pcprkartuzy.pl email: sekretariat@pcprkartuzy.pl

opiekuna prawnego*, pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

Uwaga: złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

Załączniki do wniosku:

1. **Kserokopie** orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o niepełnosprawności (w przypadku dzieci do 16 roku życia) lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu),
2. Faktura (lub oferta cenowa) za zakupiony przedmiot ortopedyczny i środek pomocnicze z wyodrębnioną kwotą opłaconą przez NFZ w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego,
3. Kopia zrealizowanego zlecenia z Narodowego Funduszu Zdrowia lub przyjętego do realizacji potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie (np. sklep medyczny, apteka)
4. W przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kopię pełnomocnictwa notarialnego (oryginał do wglądu),
5. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kopię zaświadczenia lub wyrok sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu).