Nr wniosku: **PCR-III.PO.3232/………../2022**

Wypełnia PCPR:

|  |
| --- |
| ................................................................ |
| (data wpływu wniosku do PCPR) |

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żarach**

**ul. Artylerzystów 6, tel. 68/ 363-06-84**

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE**

**DANE WNIOSKODAWCY:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko:** | **Imię:** |
| **PESEL:** | **Data urodzenia:** |
| **Nr telefonu:** | **Mieszkaniec DPS** (Dom Pomocy Społecznej)**:**  ⬜ tak ⬜ nie |
| **Adres zamieszkania:** | |

**CEL DOFINANSOWANIA: …………………………………………….………….……………**

**………………………………………………………………………………………………………**

###### OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stopień pokrewieństwa** | **Średni miesięczny dochód netto** |
| **1.** |  | WNIOSKODAWCA |  |
| WPISAĆ STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA BEZ PODAWANIA IMION I NAZWISK OSÓB WSPÓLNIE ZAMIESZKUJĄCYCH | |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | RAZEM |  |

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny** **dochód** **netto,** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, **wynosił:**

............................................. zł

**Wnioskodawca żąda zwrotu oryginałów dokumentów rozliczeniowych objętych dofinansowaniem:**

⬜ tak ⬜ nie

**FORMA PRZEKAZANIA DOFINANSOWANIA** (właściwe zaznaczyć):

Przyznane dofinansowanie proszę przekazać:

⬜ przelewem narachunek bankowy **wnioskodawcy/ osoby upoważnionej/ członka rodziny/ osoby spokrewnionej,**

⬜ przelewem na rachunek bankowy **sprzedawcy**,

⬜ **przekazem pocztowym,** po potrąceniu kosztów opłaty pocztowej.

**W CELU UMOŻLIWIENIA PRZELANIA KWOTY DOFINANSOWANIA NA KONTO OSOBISTE PROSZĘ PODAĆ:**

Imię i nazwisko właściciela konta ......................................................................................................

Nazwę banku: .....................................................................................................................................

Nr rachunku bankowego:

\_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

**JESTEM: KOMBATANTEM\* WDOWĄ PO KOMBATANCIE \***

**PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE:**

1. Wnioski złożone od stycznia rozpatrywane będą w terminie 30 dni od dnia przekazania zaliczkowych środków dla Powiatu Żarskiego przez PFRON. W chwili podjęcia uchwały Rady Powiatu Żarskiego w sprawie określenia zadań i podziału środków finansowych PFRON na poszczególne zadania powiatu z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej, złożone wnioski rozpatrywane będą w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku.
2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych dla Powiatu Żarskiego na dany rok kalendarzowy.
3. Dofinansowaniu nie podlegają przedmioty zakupione przed dniem wydania orzeczenia.
4. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do tut. PCPR w formie pisemnej.
5. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

|  |  |
| --- | --- |
| ............................................  (data) | ............................................................  (czytelny podpis Wnioskodawcy/  przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika) |

\* właściwe zaznaczyć

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności, kopia wypisu z treści orzeczenia o zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich, o całkowitej/częściowej niezdolności do pracy/niezdolności do samodzielnej egzystencji lub kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. **(oryginał do wglądu).**
2. Oryginał faktury potwierdzającej zakup przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego z wyszczególnieniem: całkowitego kosztu zakupu, kwoty opłaconej przez NFZ w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, kwoty udziału własnego
3. Kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.
4. W przypadku osób niezdolnych do złożenia podpisu na wniosku, dodatkowo pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
5. Oświadczenie właściciela konta (załącznik nr 1)

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy/strony**

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, zwane dalej także RODO) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ***Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żarach*** reprezentowane przez Dyrektora PCPR. Z Administratorem danych osobowych można się skontaktować pisemnie na adres siedziby: ul. Artylerzystów 6, 68-200 Żary lub telefonicznie: +48 68 3630680.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z Inspektorem ochrony danych pod adresem e-mail: alfred.spychala@abi-24.com.pl, tel. 601499272, lub pisemnie na adres siedziby administratora.
3. Pani/Pana/dziecka dane osobowe przetwarzane będą **w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON:\***

* **uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym;**
* **likwidacji barier: technicznych, architektonicznych, w komunikowaniu się;**
* **sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych;**
* **zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;**
* **usług tłumacza migowego;**
* **likwidacji barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową;**
* **likwidacji barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym;**
* **likwidacji barier w poruszaniu się;**
* **pomocy w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej;**
* **pomocy w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym;**

**na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 lit. b RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznejz dnia 15 listopada 2007 r.**

1. Pani/Pana/dziecka dane osobowe możemy przekazywać organom lub podmiotom właściwym do załatwienia przedmiotowego wniosku. Dokonamy tego jedynie w sytuacji, gdy istnieć będzie podstawa prawna do takiego działania lub gdy odbiorcami danych w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych będą podmioty świadczące usługi pocztowe, informatyczne lub bankowe oraz podmioty przetwarzające je w naszym imieniu, w tym podwykonawcom wspierającym nas w realizacji naszych działań.
2. Pani/Pana/dziecka dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.
3. Pani/Pana/dziecka dane nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
4. Pani/Pana/dziecka dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych wynika z przepisów prawa. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie nierozpoznanie wniosku.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich/swojego dziecka danych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu. Co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.

Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga formy pisemnej, którą należy przesłać na adres: PCPR, ul. Artylerzystów 6, 68-200 Żary lub elektronicznej na adres mailowy: pcpr@pcprzary.pl.

Chęć skorzystania ze wskazanych wyżej praw może Pani/Pan zgłosić na wskazane powyżej adresy listownie lub drogą elektroniczną. Administrator danych osobowych - bez zbędnej zwłoki – a w każdym razie w terminie miesiąca od dnia wpłynięcia wniosku - udzieli osobie, której dane dotyczą, informacji o działaniach podjętych w związku z realizacją wyżej wymienionych praw. W razie potrzeby termin ten może zostać przedłużony o kolejne dwa miesiące z uwagi na skomplikowany charakter żądania lub liczbę żądań. W terminie miesiąca od otrzymania żądania PCPR w Żarach – administrator danych, poinformuje osobę, której dane dotyczą o ewentualnym przedłużeniu terminu, z podaniem przyczyn opóźnienia.

1. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie ich danych osobowych narusza przepisy RODO.

\*Właściwe zaznaczyć

**Załącznik nr 1 do wniosku**

…………………………………………….

(imię i nazwisko właściciela konta bankowego)

…………………………………………...…

…………………………………………..…

(adres zamieszkania właściciela konta bankowego)

**Oświadczenie właściciela konta bankowego**

(należy wypełnić, gdy Wnioskodawca nie jest właścicielem konta lub został wskazany jako współwłaściciel)

Wyrażam zgodę na przekazanie środków finansowych za przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla Pani/Pana ………………………………………………………………..……………………………………….

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

na moje konto bankowe nr:

\_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

Nazwa banku: ……………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| ............................................  (data) | ............................................................  (czytelny podpis Właściciela konta) |

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy/strony**

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, zwane dalej także RODO) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ***Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żarach*** reprezentowane przez Dyrektora PCPR. Z Administratorem danych osobowych można się skontaktować pisemnie na adres siedziby: ul. Artylerzystów 6, 68-200 Żary lub telefonicznie: +48 68 3630680.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z Inspektorem ochrony danych pod adresem e-mail: alfred.spychala@abi-24.com.pl, tel. 601499272, lub pisemnie na adres siedziby administratora.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą **w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON:\***

* **uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym;**
* **likwidacji barier: technicznych, architektonicznych, w komunikowaniu się;**
* **sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych;**
* **zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;**
* **usług tłumacza migowego;**
* **likwidacji barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową;**
* **likwidacji barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym;**
* **likwidacji barier w poruszaniu się;**
* **pomocy w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej;**
* **pomocy w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym;**

**na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznejz dnia 15 listopada 2007 r.**

1. Pani/Pana dane osobowe możemy przekazywać organom lub podmiotom właściwym do załatwienia przedmiotowego wniosku. Dokonamy tego jedynie w sytuacji, gdy istnieć będzie podstawa prawna do takiego działania lub gdy odbiorcami danych w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych będą podmioty świadczące usługi pocztowe, informatyczne lub bankowe oraz podmioty przetwarzające je w naszym imieniu, w tym podwykonawcom wspierającym nas w realizacji naszych działań.
2. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.
3. Pani/Pana dane nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych wynika z wyrażonej zgody poprzez wypełnienie oświadczenia właściciela konta bankowego. Niepodanie danych osobowych, skutkować będzie nieprzekazaniem środków finansowych na rzecz Wnioskodawcy.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.

Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga formy pisemnej, którą należy przesłać na adres: PCPR, ul. Artylerzystów 6, 68-200 Żary lub elektronicznej na adres mailowy: pcpr@pcprzary.pl.

Chęć skorzystania ze wskazanych wyżej praw może Pani/Pan zgłosić na wskazane powyżej adresy listownie lub drogą elektroniczną. Administrator danych osobowych - bez zbędnej zwłoki – a w każdym razie w terminie miesiąca od dnia wpłynięcia wniosku - udzieli osobie, której dane dotyczą, informacji o działaniach podjętych w związku z realizacją wyżej wymienionych praw. W razie potrzeby termin ten może zostać przedłużony o kolejne dwa miesiące z uwagi na skomplikowany charakter żądania lub liczbę żądań. W terminie miesiąca od otrzymania żądania PCPR w Żarach – administrator danych, poinformuje osobę, której dane dotyczą o ewentualnym przedłużeniu terminu, z podaniem przyczyn opóźnienia.

1. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie ich danych osobowych narusza przepisy RODO.

\*Właściwe zaznaczyć