



**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH**

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

adres internetowy: [www.pcprkartuzy.pl](http://www.pcprkartuzy.pl) email: [sekretariat@pcprkartuzy.pl](mailto: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 zameldowania ..... .....	
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 .....
Seria i numer dowodu osobistego ..... wydanego przez .....
..... w dniu .....
<input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> pełnomocnik
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... sygnatura akt.....
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza..... ..... dnia .....nr repertorium.....

**Przedmiot dofinansowania:**

.....  
.....



**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH**

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

adres internetowy: [www.pcprkartuzy.pl](http://www.pcprkartuzy.pl) email: [sekretariat@pcprkartuzy.pl](mailto:sekretariat@pcprkartuzy.pl)

Koszt całkowity zakupu (zł):.....

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

Kwota udziału własnego (zł):.....

**Przyznane dofinansowanie proszę przekazać:**

- na rachunek bankowy firmy.....
- na rachunek bankowy .....  
(imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego)

.....  
(numer rachunku bankowego)

W przypadku wypłaty na konto indywidualne osoby nie będącej wnioskodawcą prosimy dołączyć do wniosku zgodę właściciela tego konta na przekazanie dofinansowania.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 k.k. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 k.p.a. za składnie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

Czy wnioskodawca przebywa w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej? (np. DPS)

(właściwe zaznaczyć)  TAK  NIE

**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 wyniósł ..... zł  
słownie:.....zł

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

- liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....
- 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 rozwiązanej 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.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy\*, przedstawiciela  
ustawowego\*, opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)



## POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH

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

adres internetowy: [www.pcprkartuzy.pl](http://www.pcprkartuzy.pl) email: [sekretariat@pcprkartuzy.pl](mailto:sekretariat@pcprkartuzy.pl)

### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Administrator Danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. art. 7 ust. 3, informuje o możliwości wycofania zgody udzielonej na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu ułatwienia kontaktu w sprawach wynikających z obowiązku prawnego realizowanych przez Administratora Danych, **DOBROWOLNIE WYRAŻAM ZGODĘ** na przetwarzanie moich danych osobowych tj.:

Numer telefonu .....  
(data i czytelny podpis )

**Uwaga: złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.**

#### Załączniki do wniosku:

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (w przypadku dzieci do 16 roku życia) lub orzeczenie równoważne (kopia, oryginał do wglądu),
2. Faktura (lub oferta) 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 przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie (np. sklep)
4. W przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika – pełnomocnictwo notarialne (kopia, oryginał do wglądu),
5. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – zaświadczenie lub wyrok sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (kopia, oryginał do wglądu).



## **KLAUZULA INFORMACYJNA**

W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**.

1. Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, 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 na likwidację barier architektonicznych 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 rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych.
6. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
7. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. 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.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
10. 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.
11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
12. 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