DRSON.……………....…/ ………… …………………………………..

 *numer wniosku data wpływu wniosku do PCPR*

**W N I O S E K**

**o dofinansowanie do zakupu przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych.**

**I. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek**

…………………………………………………………............................................................

*imię (imiona) i nazwisko*

nr PESEL …………………………….......................................................................................

miejscowość ………………… ulica …………………… nr domu …… nr lokalu…………..

*dokładny adres.*

Kod.. ……-…….…… poczta ………………………… powiat ………...……………………..

 nr tel. …..................................................................................................………………………

**Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika wnioskodawcy:**

…………………………………………………………............................................................

*imię (imiona) i nazwisko*

nr PESEL …………………………………………………………………….……...…………

miejscowość …………………… ulica …………………… nr domu …… nr lokalu………...

*dokładny adres*

kod.. ……-……..… poczta …………………………… powiat …………………………..…..

**II. Przedmiot dofinansowania**

…………………………………………………………….……………..……………..…..……

**III. Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, wynosił ……………………… zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ………….…………

**IV. Proszę o przekazanie dofinansowania:**

 Przekazem pocztowym

 Na konto sprzedawcy ( w sytuacji gdy sprzęt nie został zakupiony)

 Na konto bankowe

1. **Nazwa banku i numer rachunku bankowego**

………………….........................................................................................................................

**Imię i nazwisko właściciela konta** ………….…………………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam,że powyższe dane są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że **nie mam/ mam\*** zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

...............................….......... ....................................................

Data Podpis

**Obowiązkowe załączniki:**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu).
2. faktura zakupu, faktura pro-forma wystawiona przez wykonawcę usługi lub dostawcę przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych wystawionych na osobę niepełnosprawną na jego rodzica lub prawnego opiekuna **wyszczególniająca kwotę opłaconą przez Narodowy Fundusz Zdrowia** w ramach ubezpieczenia zdrowotnego I kwotę udziału własnego wnioskodawcy,
3. **kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie** w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

**Uwaga:** Wniosek wypełnia osoba niepełnosprawna, w przypadku osoby poniżej 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionej wniosek powinien zawierać dane osoby niepełnosprawnej natomiast podpisuje się opiekun prawny.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że

1. *Administratorem przekazanych danych osobowych jest* ***Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie,
ul. Miła 26, 77-100 Bytów;***
2. *Z Inspektorem ochrony danych można kontaktować się e-mailowo:* pod adresem - iod@pcprbytow.pl
3. *Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;*
4. *Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c 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);*
5. *Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie konsekwencjami określonymi w ustawach wskazanych w pkt 3;*
6. *Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania;*
7. *Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;*
8. *Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;*
9. *Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie i nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.*

..…………………………………. ……………………………………………

(miejscowość data) (podpis wnioskodawcy)