

Kościan, dn

Wniosek nr

W N I O S E K

O dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ze środków PFRON będących w dyspozycji PCPR w Kościanie

I. Dane wnioskodawcy

Imię.....Imię ojca.....

Nazwisko.....

Dowód osobisty, seria.....nr.....wydany przez.....

Nr PESEL.....nr NIP.....

Miejscowość..... ulica..... nr domu.....

Nr kodu poczta..... powiat.....

Nr telefonu.....

Nr konta osobistego.....

Nazwa banku.....

II Przedmiot dofinansowania

Nazwa przedmiotu ortop. lub środka pom.....

Całkowity koszt przedmiotu lub środka

Udział NFZudział wnioskodawcy.....

III Posiadane orzeczenie

a) o stopniu niepełnosprawności Znacznym Umiarkowanym Lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III

c) o całkowitej / częściowej niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym/
lub niezdolności do samodzielnej egzystencji

d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

IV Oświadczenie o wysokości dochodów (netto) i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

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, wyniósłzł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....

V Informacja o korzystaniu z PFRON

1. byłem (am)/ nie byłem (am) * w ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie .
2. posiadam / nie posiadam* wymagane zobowiązania wobec Funduszu

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną własnoręcznym podpisem.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych

.....
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

* właściwe zaznaczyć

DO WNIOSKU ZAŁACZAM :

- kopię aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność wnioskodawcy
- fakturę określającą kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, W przypadku zaopatrzenia miesięcznego lub kwartalnego typu pieluchomajtki, cewniki itp. Realizowanego na podstawie karty zaopatrzenia wydanego przez NFZ wymagane jest załączenie kopii karty (oryginał do wglądu) albo
- kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji

Klauzula informacyjna
dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie
64-000 Kościan, ul. Gostyńska 38

W związku z rozpoczęciem stosowania od dnia 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 (ogólne rozporządzenie 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 w Kościanie oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

- Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kościanie przy ul. Gostyńskiej 38 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**
- **W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pod adresem e-mail: iod@pcprkoscian.pl**
- Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych.
- Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych.
- Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych.
- Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
- 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 2016r.;
- Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

.....

podpis

.....
miejsowość, dnia

.....
.....
.....
(Imię i nazwisko , adres zamieszkania)

Pełnomocnictwo

Proszę o przekazanie środków finansowych za zakup przedmiotów ortopedycznych/ środków
pomocniczych
(nazwa przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego)

Na konto bankowe
(imię, nazwisko, adres właściciela rachunku bankowego)

Nazwa banku

Nr rachunku
bankowego.....

.....
podpis wnioskodawcy