

**Wniosek o przyznanie dofinansowania
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**

Dane osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej.....
PESEL osoby niepełnosprawnej.....
Adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej: kod:, poczta:,
miejscowość:, ulica:, nr domu:, nr lokalu:
Telefon kontaktowy

Dane opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika osoby niepełnosprawnej (wypełnić, jeżeli dotyczy)

W przypadku osoby pełnoletniej należy przedłożyć do wglądu oryginał pełnomocnictwa lub zaświadczenia o ustanowieniu opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika osoby niepełnosprawnej:
.....PESEL.....
Adres zamieszkania opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnictwa: kod:,
poczta:, miejscowość:, ulica:, nr domu:, nr lokalu:
Telefon kontaktowy

POSIADANE ORZECZENIE (właściwe zaznaczyć):

- a) o stopniu niepełnosprawności: znacznym umiarkowanym lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów: I grupa II grupa III grupa
c) częściowej niezdolności do pracy, całkowitej niezdolności do pracy,
 niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed dniem 01.01.1998r.
d) o niepełnosprawności osób do 16 roku życia

Wnoszę o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zakupu

OŚWIADCZENIE:

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosiłzł (miesięcznie na 1 osobę)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym (podać liczbę osób)

- Świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *kodeks karny** oświadczam, że dane umieszczone we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym wniosku zgodnie z art. 4 pkt 11, art. 7 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) w zakresie:
- numer/y telefonu,
- numer konta bankowego.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z **KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH dla osób wnioskujących o dofinansowania i korzystających ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią** i znam przysługujące mi prawa dotyczące przetwarzania moich danych osobowych.
- Zobowiązuje się do pisemnego poinformowania Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku w terminie 14 dni od zmiany.

.....
data

.....
podpis osoby niepełnosprawnej

(jeżeli dotyczy- opiekuna prawnego/przedstawiciela/ustawowego/pełnomocnika)

Załączniki wymagane do wniosku:

1. a) uwierzytelniona przez organ uprawniony kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o: niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do pracy lub częściowej niezdolności do pracy lub grupie inwalidzkiej lub stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanej przed dniem 1 stycznia 1998r. lub

b) kserokopia jednego z w/w dokumentów pod warunkiem przedłożenia oryginału do wglądu;

2. a) faktura (oryginał) określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup oraz potwierdzona za zgodność z oryginałem (na każdej stronie), przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, albo

b) kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (potwierdzona za zgodność z oryginałem na każdej stronie przez świadczeniodawcę) wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji;

3. Załącznik nr 1 do *Wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze* (wypełnić, gdy do wniosku załączono faktury za zakup przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych).

* § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

Załącznik nr 1 do *Wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze*

.....
Imię i Nazwisko Wnioskodawcy

zam.....

.....
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Dąbrowskiego 46
89-100 Nakło nad Notecią

PROŚBA

(Należy wypełnić, jeżeli do wniosku załączono faktury za zakup przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych)

Proszę o przekazanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zakupu:

.....
na rachunek bankowy prowadzony w banku (nazwa banku):

nr rachunku bankowego:

imię i nazwisko posiadacza, współposiadacza rachunku bankowego*:

.....
adres zamieszkania posiadacza, współposiadacza rachunku bankowego:

.....
podpis osoby niepełnosprawnej
/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika

* Oświadczenie posiadacza, współposiadacza rachunku bankowego (osoba inna niżeli Wnioskodawca – osoba niepełnosprawna):

1. Świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *kodeks karny* oświadczam, że dane umieszczone w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (nr rachunku bankowego, imię i nazwisko, adres zamieszkania) zawartych w niniejszym formularzu dotyczącym rachunku bankowego na potrzeby rozliczenia środków PFRON zgodnie z art. 4 pkt 11, art. 7 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).
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z *KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH dla osób wnioskujących o dofinansowania i korzystających ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią* i znam przysługujące mi prawa dotyczące przetwarzania moich danych osobowych.

.....
(podpis/-y posiadacza, współposiadacza rachunku bankowego)