. ………………………………………..………..

data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

.....................................................

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek *…………………………..*

nr kolejny wniosku

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Powiatowe Centrum**

 **Pomocy Rodzinie**

 **ul. Pocztowa 7**

 **89 – 500 Tuchola**

**WNIOSEK**

**O dofinansowanie/ zwrot kosztów zakupu przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczychi leczniczych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.**

....................................................................................................................................................................

*(podać jakich)*

**DANE WNIOSKODAWCY**

....................................................................................................................................................................

*(imię i nazwisko) PESEL*

....................................................................................................................................................................

*(seria i numer dowodu) (wydany przez) (ważny do)*

....................................................................................................................................................................

*(ulica/miejscowość) (nr domu) (nr lokalu) ( kod pocztowy) (miejscowość)*

................................................

*(nr telefonu stacjonarnego/komórkowego)*

.......................................................................

 *(podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego)*

**DANE DZIECKA(wypełnić w przypadku, gdy wniosek dotyczy dziecka)**

............................................................................. ...........................................................

*( imię i nazwisko) (data urodzenia)*

.............................................................................

 *PESEL*

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

 *( podpis wnioskodawcy /przedstawiciela ustawowego dziecka)*

***Załączniki:***

1. ***kserokopia orzeczenia wnioskodawcy o niepełnosprawności lub orzeczenia innych organów (oryginał do wglądu)***
2. ***oświadczenie o dochodach wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego***
3. ***oświadczenie o nr konta bankowego wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego***
4. ***oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego***
5. ***w przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednie pełnomocnictwo lub postanowienia sądu***
6. ***kserokopia książeczki z Narodowego Funduszu Zdrowia lub kserokopia zlecenia wnioskodawcy na zaopatrzeniew wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę***
7. ***Faktura proforma/oferta cenowa/ lub w przypadku zakupu przedmiotu ortopedycznego/ środka pomocniczego za gotówkę wystawioną fakturę oryginalną z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego /NFZ/ oraz kwotę udziału własnego wystawionego na wnioskodawcę.***

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW**

Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów (Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony **za kwartał poprzedzający miesiąc** złożenia wniosku wynosił ……………………..….zł

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

Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr88, poz. 553, z pózn. zm.) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

..............................................................................................................................

***(data, podpis osoby składającej oświadczenie tj. wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego)***

**SPOSÓB PRZEKAZANIA PRZYZNANEGO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW**

**PFRON (proszę wstawić X w odpowiedniej rubryce):**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA/LI RACHUNKU BANKOWEGO………………………………………………………………………………………………..NAZWA BANKU OBSŁUGUJĄCEGO WNIOSKODAWCĘ………………………………………………………………………………………………..NUMER KONTA BANKOWEGO  |  |
| NA KONTO REALIZATORA (SPRZEDAWCY) |  |
| ODBIÓR OSOBISTY W PCPR W TUCHOLI |  |

................................................ .....................................................................................

 (*data*) *(czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego)*

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH**

**OSOBOWYCH**

Nazwisko i imię………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………….

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 j. t.) informujemy, że:

* Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi, z siedzibą przy ulicy Pocztowej 7, 89-500 Tuchola.
* Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane dla celów związanych z udzieleniem Panu/Pani dofinansowania w ramach zadań z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych.
* Ma Pan/Pani prawo wglądu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich poprawiania oraz aktualizacji.
* Ma Pan/Pani prawo w każdej chwili odwołać zgodę na przetwarzanie danych osobowych.
* Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Odmowa podania danych osobowych jest równoznaczna z brakiem możliwości uzyskania dofinansowania w ramach PFRON.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 j.t.)dla celów związanych z udzielaniem dofinansowania w ramach zadań z zakresu rehabilitacji społecznej prowadzonych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

………………………………………… ………….……………………………..

 Podpis pracownika Data i podpis składającego

 przyjmującego oświadczenie oświadczenie