

.....  
(Wnioskodawca, Opiekun Prawny)Łuków,.....  
Data wpl. kompletnego wniosku.....  
(Data urodzenia, PESEL).....  
(Adres zamieszkania, poczta).....  
(Numer tel. kontaktowego)

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie zakupu**  
**przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych**

Dla .....  
zamieszkały/a .....Zaliczony/a do osób niepełnosprawnych, posiadający(a) ..... stopień  
niepełnosprawności.

Zwracam się z prośbą o dofinansowanie do zakupionego przeze mnie: .....

.....  
Kwotę dofinansowania proszę o przekazanie na rachunek:

Bank.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko i adres posiadacza rachunku .....

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam że :

- 1) **przeciętny miesięczny dochód<sup>1</sup>**, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób** pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ..... zł**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....**

- 2) **nie mam zaległości** wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
- 3) **jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych i że powyższe dane są zgodne z prawdą.**

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej Rozporządzenie) informujemy, że:**

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Łukowie ul. Broniewskiego 20/26, 21-400 Łuków;
- została wyznaczona osoba odpowiedzialna za ochronę danych osobowych, tj. inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: [iodpcpr@wp.pl](mailto:iodpcpr@wp.pl) lub pisemnie, przesyłając korespondencję na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Broniewskiego 20/26, 21-400 Łuków;
- podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu uzyskania dofinansowania na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- odbiorcami danych osobowych mogą być osoby lub podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa, które regulują cel przetwarzania;
- dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego powyżej celu i przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa o archiwizacji, zgodny z kategorią archiwalną, wynikającą z jednolitego rzeczowego wykazu akt;

- w związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
  - a) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
  - b) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
  - c) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;
  - d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
  - e) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia;
  - f) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia;

(**Uwaga:** realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych oraz z zasadami wynikającymi z kodeksu postępowania administracyjnego czy archiwizacji);

- w przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia jej w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia;
- nie będzie stosowane zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 Rozporządzenia.

## **powyższe, potwierdzam własnoręcznym podpisem**

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

### **Do wniosku należy dołączyć:**

1. **Kopię aktualnego dokumentu o niepełnosprawności**, grupie inwalidzkiej lub niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed 1.01.1998r. na stałe (oraz oryginał do wglądu),
2. **Fakturę ( oryginał )** określającą kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego.
3. **Kopię zrealizowanego zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzonego za zgodność przez sprzedawcę realizującego zlecenie tj. zakład ortopedyczny, sklep medyczny, aptekę itp.

**1) Dochód** – w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych /Dz.U. 228 poz.2255 z późniejszymi zmianami/ pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz kwotę świadczonych alimentów powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

**PCPR - NIE KSERUJE wymaganych dokumentów ( orzeczenie, inne)**