

Nr wniosku

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON ZAOPATRZENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

imię i nazwiskoPESEL.....

adres zamieszkania: kod pocztowy, miejscowość

ulica i nr domu

nr telefonu

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej, opiekun prawny lub pełnomocnik)

imię i nazwiskoPESEL.....

adres (jeśli inny niż wnioskodawcy)
kod, miejscowość, ulica nr

nr telefonu

ustanowiony opiekunem*/ pełnomocnikiem*
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn. ... repet. nr)

WNIOSKOWANY DO DOFINANSOWANIA/REFUNDACJI PRZEDMIOT

LP	PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA	WARTOŚĆ Z FAKTURY/OFERTY	KWOTA WNIOSKOWANA (nie większa niż dofinansowanie z NFZ)
1			
2			
3			
4			
5			
RAZEM			

Proszę o przelanie kwoty dofinansowania na :

☐ mój rachunek (w przypadku zwrotu środków za faktury opłacone gotówką)

w Banku..... nr.....

nazwa Banku

nr konta

☐ wypłatę w kasie OPS

☐ konto sprzedawcy podane na załączonej fakturze

**niepotrzebne skreślić*

OŚWIADCZENIA

Niniejszym 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 wynosił:zł.

Liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi (łącznie z wnioskodawcą):

.....

POKREWIEŃSTWO	ROK URODZENIA	PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD W ROZUMIENIU USTAWY O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH** (DOCHÓD BRUTTO)	PODATEK NALEŻNY	SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE I ZDROWOTNE ODLICZONE OD DOCHODU	DOCHÓD NETTO	ŹRÓDŁO DOCHODU
		1	2	3	(1-2-3)	
<i>wnioskodawca</i>						

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art.233 § 1 i 2 Ustawy z dn.6.06.1997 r – Kodeks Karny (Dz.U. Nr 88, poz.553 z późn. zm. – za zeznania nieprawdy lub zatajenie prawdy) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Ośrodek Pomocy Społecznej.

Gliwice, dnia.....

.....

czytelny podpis wnioskodawcy
(lub przedstawiciela ustawowego* /opiekuna prawnego* /pełnomocnika*)

POUCZENIA

1. W przypadku starania się o refundację zakupionych już środków obowiązują załączniki: 1, 2, 3, 3a, 4, 5
2. W przypadku starania się o dofinansowanie (przed zakupem) obowiązują załączniki: 1, 2[#], 3[#], 4

O dofinansowanie mogą ubiegać się osoby o średnich miesięcznych dochodach netto nie przekraczających:

- ❖ 50 % przeciętnego wynagrodzenia ** na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ,
- ❖ 65 % przeciętnego wynagrodzenia** w przypadku osoby samotnej.

**** przeciętne wynagrodzenie** oznacza przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 3 ustawy z 17 grudnia 1998 r o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. Nr 162, poz. 1118 i z 1999 r. Nr 38, poz. 360).

Art. 233 Kodeksu Karnego.

§ 1. Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę , podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

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

Uwaga

Wnioski są realizowane w kolejności składania aż do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na ten cel.

Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania dofinansowania ze środków PFRON

WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW

WYPEŁNIA PRACOWNIK OPS

	NAZWA ZAŁĄCZNIKA	ZAŁĄCZONO TAK/NIE	UZUPEŁNIONO (data)
1	Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność lub orzeczenie o niepełnosprawności dziecka potwierdzone za zgodność z oryginałem		
2	Podpisane faktury za zakup (naprawę) przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wystawione na osobę niepełnosprawną, dziecko niepełnosprawne, jego rodzica / prawnego opiekuna, z wyodrębnioną kwotą opłaconą przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego wnioskodawcy ,		
3	kserokopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzoną przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie za zgodność z oryginałem**		
3a	kopia karty potwierdzenia uprawnienia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie (oryginał do wglądu)		
2[#]	Oferta cenowa na wnioskowany przedmiot określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego wnioskodawcy oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.		
3[#]	kserokopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.		
4	Pełnomocnictwo lub postanowienie sądu (w przypadku ustanowienia pełnomocnika lub opiekuna prawnego) – kopia (oryginał do wglądu)		
5	Potwierdzenie dokonania zapłaty za wnioskowane środki w części nie objętej dofinansowaniem (<i>jeśli nie wskazane na fakturze</i>)		

INFORMACJA SZCZEGÓŁOWA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH ZBIERANYCH PRZEZ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W GLIWICACH

1. Dane osobowe zbieramy i przetwarzamy ręcznie oraz automatycznie w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Podanie wszelkich dodatkowych danych ponad wymagane jest dobrowolne i równoznaczne ze zgodą na ich wykorzystanie.

2. Dane osobowe wykorzystujemy również w celu:

- sprawniejszej komunikacji z klientami Ośrodka (w tym MZON) – w tym celu prosimy o podanie danych kontaktowych, tj. numeru telefonu; podanie tych danych jest dobrowolne. Wówczas zawsze mają Państwo prawo nie podać danych bez żadnych konsekwencji prawnych, a ich podanie jest traktowane jak zgoda na ich wykorzystanie,
- realizacji innych obowiązków i uprawnień wynikających z przepisów prawa w związku z wykonywaniem zadań publicznych w tym zapewnienia dostępu do informacji o stanie załatwienia spraw, do czego jesteśmy zobowiązani ustawą o dostępie do informacji publicznej (art. 6 ust. 1 pkt 3) lit. e)),
- zawierania i wykonania umów cywilnoprawnych i z zakresu prawa pracy – w takim przypadku, niepodanie danych uniemożliwi zawarcie umowy lub jej wykonanie.

3. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Gliwicach, ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice.

W zakresie zadań związanych z wydawaniem orzeczeń o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności zgodnie z art. 6d ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych a także w zakresie wydawania kart parkingowych w trybie art. 8 ust. 4 ustawy z dnia 20.06.1997 r. prawo o ruchu drogowym, funkcję administratora danych pełni Przewodnicząca Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności (ul. Bojkowska 20, 44-100 Gliwice).

4. Każda osoba, której dane dotyczą może korzystać z następujących uprawnień:

- żądania od Administratora dostępu do Pani/Pana danych osobowych,
- żądania od Administratora sprostowania Pani/Pana danych osobowych,
- żądania od Administratora usunięcia Pani/Pana danych osobowych,
- żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
- przenoszenia Pani/Pana danych osobowych,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

5. Dodatkowe informacje:

Dane osobowe mogą być przekazywane:

- innym podmiotom, w celu wykonywania zadań publicznych,
- innym osobom lub podmiotom, jeżeli przepis prawa nakłada na administratora danych osobowych obowiązek udostępnienia przetwarzanych danych osobowych.

Okres przechowywania danych osobowych określają przepisy kancelaryjno-archiwalne natomiast dane z monitoringu przechowujemy 14 dni od dnia nagrania.

W Ośrodku nie ma miejsca zautomatyzowane podejmowanie decyzji w indywidualnych przypadkach, w tym profilowanie.

Niepodanie danych lub podanie niepełnych danych może uniemożliwić załatwienie sprawy i wywołuje skutki wynikające wprost z przepisów.

W razie pytań i wątpliwości związanych z przetwarzaniem danych osobowych zbieranych przez Ośrodek można się kontaktować za pomocą poczty tradycyjnej, listownie na adres: ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice, poprzez: kontakt e-mailowy pod adresem: ops@ops.gliwice.eu.