**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

1. Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Oświadczam, że nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze za pośrednictwem innego samorządu powiatowego.
3. Adres podany we wniosku jest moim stałym miejscem zamieszkania.
4. Oświadczam, że zamieszkuję w Domu Pomocy Społecznej: ⬜ TAK ⬜ NIE

W przypadku mieszkańców domów pomocy społecznej, placówka pokrywa częściową odpłatność do wysokości limitu ceny. Osoby niepełnosprawne przebywające w takiej placówce mogą ubiegać się o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze tylko w sytuacji, gdy cena tych przedmiotów i środków przekracza ustalony limit.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich/dziecka danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

**Przyjmuję do wiadomości, że:**

1. Złożenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.
2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu brzozowskiego w danym roku kalendarzowym i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
3. Dofinansowaniu nie podlegają przedmioty zakupione przed dniem wydania orzeczenia.
4. Wnioski będą rozpatrywane po otrzymaniu przez powiat środków z PFRON.
5. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnację należy niezwłocznie zgłaszać do tut. PCPR.
6. Nieusunięcie ewentualnych uchybień we wniosku w wyznaczonym przez PCPR terminie tj. 30 dni, skutkować będzie pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.
7. O dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane na podstawie odrębnych przepisów mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli średni miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, nie przekracza kwot:
8. 50% przeciętnego wynagrodzenia na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym,
9. 65 % przeciętnego wynagrodzenia\* w przypadku osoby samotnej.

…………………………………. ……………..……………………………………

 (Miejscowość, data) podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/ pełnomocnika

**Klauzula informacyjna**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

* 1. Administratorem Państwa danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie,** mieszczące się pod adresem 36-200 Brzozów ul. 3 Maja 51, tel. 13 43 420 45, zwane dalej Administratorem.
	2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
	3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawa z dnia 09 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.
	4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych,
	w tym przepisów archiwalnych,
	5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
	6. Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
	7. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
4. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
(ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
	1. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
	2. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

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

 (miejscowość i data) (podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*

 opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*)

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia **orzeczenia** lub kopia **wypisu z treści orzeczenia**, o którym mowa w art. 1, art.5 lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed dniem 1 stycznia 1998r (oryginał do wglądu).
2. **PO ZAKUPIE** przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego:
* **Faktura/faktury** w ilości sztuk……………; określające cenę nabycia przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego wystawioną na osobę niepełnosprawną z wyszczególnieniem:
	+ 1. **ceny brutto** zakupionego przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego,
		2. **kwoty opłaconej przez NFZ,**
		3. **limitu cenowego NFZ,**
		4. **kwoty udziału własnego** osoby niepełnosprawnej lub jej rodzica/opiekuna prawnego

**Formy zapłaty – przelew z odroczonym terminem płatności nie krótszym niż 14 dni od daty wystawienia faktury, w przypadku dokonania zapłaty – informacja „zapłacono” lub dowód wpłaty,**

* potwierdzona za zgodność z oryginałem, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

**albo PRZED ZAKUPEM** przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego:

* **ofertę/fakturę pro forma** w ilości sztuk……………; określające cenę nabycia przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego wystawioną na osobę niepełnosprawną z wyszczególnieniem:
	1. **ceny nabycia**
	2. **kwoty opłaconej przez NFZ**
	3. **limitu cenowego NFZ**
	4. **kwoty udziału własnego**

**oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.,**

* potwierdzona za zgodność z oryginałem kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze z przyjęciem go do realizacji.
1. Zaświadczenie ze szkoły lub z uczelni w przypadku osób niepełnosprawnych w wieku 16-24 lat uczących się i niepracujących.
2. Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym w przypadku wniosku dot. osoby niepełnosprawnej w imieniu, której występuje opiekun prawny/pełnomocnik.
3. Dokumenty potwierdzające dochody (netto) Wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkujących prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z Wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (np. decyzja ZUS, decyzja MOPS, zaświadczenie z zakładu pracy, zaświadczenie z urzędu pracy) (do wglądu).