**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**

Zgodnie art. 13 ust. 1 i 2 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 (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych w zakresie **rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych** jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie (PCPR Brzozów) mające swoją siedzibę przy ul. 3 Maja 51, 36-200 Brzozów. (Nr telefonu kontaktowego - tel./fax (013) 434 20 45, (013) 434 47 56, adres poczty elektronicznej email: [pcpr@powiatbrzozow.pl](mailto:pcpr@powiatbrzozow.pl))
2. Pozyskane dane osobowe  przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa wynikającego z art. 6 ust.1 lit a, b i c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO – (tj. na podstawie udzielonej zgody, zawartych umów oraz przepisów szczególnych: ustawy o pomocy społecznej, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (tj. realizacji zadań wynikających z zakresu statutowej działalności instytucji, bądź zawartych umów).
4. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane osobowe dotyczą, podanie przez klientów PCPR Brzozów danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.

Natomiast w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa podanie danych osobowych do spełnienia w/w celu jest obowiązkowe.

W obu przypadkach konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania administracyjnego i realizacji ustawowych zadań ciążących na administratorze.

1. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, wynikające z przepisów prawa zawartych w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt obowiązującym w PCPR Brzozów, przez okres wymagany w związku z kategorią archiwalną. Ponadto okres przechowywania może się wydłużyć np. z uwagi na obowiązki dochodzenia roszczeń.
2. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym na podstawie umowy powierzenia.
3. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO.
4. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne.
5. Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody, a nie np. na podstawie przepisów uprawniających administratora do przetwarzania tych danych to przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem.
6. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych)*, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
7. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

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

(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).