

Nr sprawy: ON.4104.SRPO.....2020

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE/REFUNDACJĘ ZE ŚRODKÓW PFRON ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY
ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE PRYZNAWANE OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM
NA PODSTAWIE ODRĘBNYCH PRZEPISÓW¹**

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wykreślić lub wpisać „nie dotyczy” za wyjątkiem pól nieobowiązkowych

*****POLA NIEOBOWIĄZKOWE, WYPEŁNIENIE ICH OZNACZA ZGODĘ NA ICH PRZETWARZANIE, ZGODNIE z przepisem art. 6 ust. 1 lit.a RODO - rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, RODO).**

DANE PERSONALNE OSOBY, KTÓREJ WNIOSEK DOTYCZY

IMIĘ NAZWISKO PESEL:

Potwierdzenie zgodności danych z dokumentem tożsamości, data i podpis pracownika PCPR.....

ADRES ZAMIESZKANIA (patrz objaśnienia)*

Kod pocztowy - Miejscowość

Ulica Nr domu nr m.....

Gmina..... Powiat.....

Telefon***..... e-mail*** (o ile dotyczy***)

Osoba bezdomna NIE TAK, jeśli tak, wpisać gminę ostatniego miejsca zameldowania.....

Mieszkaniec Domu Pomocy Społecznej TAK NIE

ADRES DO KORESPONDENCJI ***

Kod pocztowy - Miejscowość

Ulica Nr domu nr m.....

SPOSÓB REPREZENTACJI

NIE DOTYCZY

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY dla osoby niepełnoletniej,

OPIEKUN PRAWNY, Postanowienie Sądu Rejonowegoz dniasygn. akt

PEŁNOMOCNIK, pełnomocnictwoz dnia.....

¹ Wniosek na rok 2020.

ADRES ZAMIESZKANIA (patrz objaśnienia)*
PRZEDSTAWICIELA/OPIEKUNA/PEŁNOMOCNIKA

IMIĘ NAZWISKO PESEL:

Kod pocztowy - Miejscowość

Ulica Nr domu nr m.....

Gmina Powiat

Telefon*** e-mail (o ile dotyczy***)

ADRES DO KORESPONDENCJI ***

Kod pocztowy - Miejscowość

Ulica Nr domu nr m.....

Potwierdzenie zgodności danych z dokumentem tożsamości, data i podpis pracownika PCPR.....

DANE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(zaznaczyć zgodnie z posiadanym, prawomocnym orzeczeniem)

<input type="checkbox"/> ZNACZNY	<input type="checkbox"/> I GRUPA INWALIDZKA	<input type="checkbox"/> CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I NIEZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI
----------------------------------	---	--

<input type="checkbox"/> UMIARKOWANY	<input type="checkbox"/> II GRUPA INWALIDZKA	<input type="checkbox"/> CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY
--------------------------------------	--	---

<input type="checkbox"/> LEKKI	<input type="checkbox"/> III GRUPA INWALIDZKA	<input type="checkbox"/> CZĘŚCIOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY
--------------------------------	---	---

<input type="checkbox"/> ORZECZENIE DO 16-GO ROKU ŻYCIA	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------------

Termin ważności orzeczenia: <input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> ważne do	Otrzymuje zasiłek pielęgnacyjny: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
--	---

Liczba osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi** (patrz objaśnienia)

PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

Lp.	dane o wyrobie medycznym (przedmiocie ortopedycznym/środku pomocniczym)
1	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka): , Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr: , z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł, inne źródła.....
2	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka): , Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr: , z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł, inne źródła.....
3	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka): , Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr: , z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł, inne źródła.....
4	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka): , Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr: , z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł, inne źródła.....
5	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka): , Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr: , z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł, inne źródła.....
6	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka): , Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr: , z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł, inne źródła.....
7	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka): , Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr: , z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł, inne źródła.....
8	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka): , Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr: , z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł, inne źródła.....
9	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka): , Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr: , z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł, inne źródła.....
10	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka): , Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr: , z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł, inne źródła.....

11	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka):, Ilość:
	Faktura / Kosztorys / itp. Nr:, z dnia
	Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł, inne źródła.....

12	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka):, Ilość:
	Faktura / Kosztorys / itp. Nr:, z dnia
	Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł, inne źródła.....

PODSUMOWANIE:	ilość faktur / kosztorysów / itp.:szt., wartość ogólna: zł,
	w tym: refundacja NFZ: zł, dopłata własna: zł
	inne źródła (jakie np. DPS, Fundacja).....zł

SPOSÓB PRZEKAZANIA DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON:

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku – środki proszę przekazać:

w punkcie kasowym banku - w terminie i miejscu wskazanym przez PCPR

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ODBIERAJĄCEJ.....

DOWÓD OSOBISTY SERIA.....NR..... WYDANY PRZEZ.....

DATA WYDANIA.....DATA WAŻNOŚCI..... BEZTERMINOWO

przelewem na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy

przelewem na wskazane poniżej konto:

Właściciel rachunku bankowego (imię i nazwisko, adres).....

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

PODPIS

Osoby niepełnosprawnej / Przedstawiciela ustawowego /
Opiekuna prawnego / Pełnomocnika

Osoba niepełnosprawna nie mogąca pisać, lecz mogąca czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis.

WYMAGANE PODPISY NA STRONACH 4,5,6,7 WNIOSKU

OŚWIADCZENIA

➤ *O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Raciborzu*

tak, tylko w PCPR w Raciborzu nie

➤ W ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie **korzystałem/am** z tej formy wsparcia **w ramach innych działań realizowanych ze środków PFRON, np. w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” lub innych programów i zadań.**

tak, otrzymałam/em dofinansowanie nie otrzymałam/em dofinansowania

- *Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ogólnymi kosztami przedmiotu dofinansowania, pomniejszoną o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną i rozliczoną przez PCPR kwotą dofinansowania ze środków PFRON*

tak, zapłacę pozostałą kwotę nie

- *Prawdziwość przedstawionych danych wykazanych w niniejszym wniosku stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1,2 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.*
- *Zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.*
- **Posiadam zaległości wobec Funduszu a także byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie**

tak, posiadam zaległości/ rozwiązano umowę z przyczyn leżących po mojej stronie

nie posiadam zaległości/ nie rozwiązano umowy z przyczyn leżących po mojej stronie

- **Zobowiązuję się do informowania Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Raciborzu o każdej zmianie mojej sytuacji, mogącej mieć wpływ na sposób rozpatrzenia wniosku tj.: zmiana miejsca zamieszkania, zmiana orzeczenia o niepełnosprawności, dochód w przeliczeniu na jednego członka w rodzinie, liczba osób w rodzinie, zmiana numeru konta itp.**
- *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich dodatkowych danych osobowych nie wynikających bezpośrednio z przepisów prawa, a mogących ułatwić kontakt, a tym samym realizację wniosku. Dane dodatkowe są informacjami dobrowolnymi, oznaczonymi ***.*

tak, wyrażam zgodę nie wyrażam zgody

- *Zgodnie z przepisem art. 10 K.p.a. (kodeksu postępowania administracyjnego) Stronie przysługuje prawo do czynnego udziału w każdym stadium prowadzonego postępowania.*
- *Stosownie do przepisu art. 41 K.p.a. w toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji o każdej zmianie swojego adresu. W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowy adres ma skutek prawny. Nieodebraną korespondencję pozostawia się w aktach sprawy ze skutkiem doręczenia.*
- *Wniosek o dofinansowanie rozpatrywany jest w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku. Jednak w tym terminie wniosek nie będzie mógł zostać rozpatrzony, w sytuacji, kiedy Powiat oczekuje na informację z PFRON o wysokości środków na dany rok – wówczas rozpatrzenie wniosku nastąpi w terminie późniejszym, jednak nie później niż do **29 maja 2020 roku**.*

Zgodnie z przepisem art. 37 § 1 K.p.a., Stronie przysługuje prawo wniesienia ponaglenia do Samorządowego Kolegium Odwoławczego za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Raciborzu. Ponaglenie składa się w przypadku gdy sprawa nie została załatwiona w terminie albo Organ pozostaje beczynny.

Zapoznałam/em się

PODPIS

Osoby niepełnosprawnej / Przedstawiciela ustawowego /
Opiekuna prawnego / Pełnomocnika

WYMAGANE PODPISY NA STRONACH 4,5,6,7 WNIOSKU

KLAUZULA INFORMACYJNA

do przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i ust. 2 rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, RODO) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Klasztorna 6, 47-400 w Raciborzu, z administratorem można się skontaktować poprzez adres email pcpr@pcpr.raciborz.org.pl, tel. 32 415 20 28 lub pisemnie na adres siedziby administratora.
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, dane do kontaktu: email iod@pcpr.raciborz.org.pl lub na adres korespondencyjny PCPR w Raciborzu. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie przedmiotów ortopedycznych/środków pomocniczych w ramach zadania dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów tj. realizacja zadań PCPR z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych, wynikających z przepisów prawa tj.: przepisu art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U z 2019 poz. 1172 z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków państwowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U.2015 poz. 926 z późn. zm.).Przepisy te można znaleźć w Regulaminie Organizacyjnym PCPR w Raciborzu bip.powiatraciborski.pl/pcpr/regulaminy.html.
4. Złożenie wniosku jest dobrowolne. Podanie wymaganego zakresu danych osobowych w celu podjęcia stosownych działań przez PCPR jest niezbędne, ich niepodanie uniemożliwi realizację wniosku (ewentualnego dofinansowania). Podanie danych również w celu wydania decyzji administracyjnej jest obowiązkiem ustawowym (w przypadku odmowy dofinansowania wydawana jest decyzja), konsekwencje niepodania danych określają przepisy kpa. Pozostałe dane przekazane dobrowolnie nie będą miały wpływu na rozpatrzenie i realizację wniosku.
5. Dane zostały zebrane od osoby składającej wniosek.
6. Podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest realizacją obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów prawa wymienionych w pkt. 3 (podstawa prawna przetwarzania; art. 6 ust. 1 lit. c RODO), w tym wydawanie decyzji administracyjnej zgodnie z przepisami kodeksu postępowania administracyjnego /Kpa/. (w przypadku – odmowy przyznania dofinansowania wydawana jest decyzja administracyjna). Do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, koniecznym i zasadnym będzie przetwarzanie przez administratora danych dotyczących zdrowia (szczególna kategoria danych, o której mowa w art. 9. ust 1 RODO) podstawą prawną przetwarzania jest art. 9 ust. 2 lit. b RODO. W pozostałym zakresie, w stosunku do danych dodatkowych, przekazanych w sposób dobrowolny, w szczególności w celu podania dodatkowych danych kontaktowych - podstawą przetwarzania jest Pani/Pana zgoda tj. art.6 ust. 1 lit. a RODO.
7. Dane osobowe przechowywane są przez okres niezbędny do zrealizowania celów określonych powyżej. Następnie dokumentacja jest archiwizowana zgodnie z instrukcją kancelaryjną obowiązującą w PCPR w Raciborzu (jednolitym rzeczowym wykazem akt) oraz ustawą z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Aktualnie jest to 10 lat.
8. Jednocześnie administrator oświadcza, iż
 - Dane mogą być udostępniane jedynie podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy obowiązujących przepisów prawa, w przypadku spraw załatwianych w trybie Kpa także podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów Kpa (w tym stronom postępowania). Przy realizacji wniosku dotyczącego dofinansowania przedmiotów ortopedycznych/środków pomocniczych dane przekazujemy w szczególności do Starostwa Powiatowego. Jesteśmy również zobowiązani udostępnić państwa dane podmiotom do tego uprawnionym jeżeli się do nas zwrócą np. Sąd, Policja.
 - Administrator może powierzyć innemu podmiotowi, w drodze umowy zawartej na piśmie, przetwarzanie danych osobowych w imieniu administratora, przy zachowaniu wszelkich wymogów określonych w art. 28 RODO, w tym: obsługi prawnej, informatycznej, ochrony danych osobowych niszczenia dokumentów,
 - Dane osobowe nie są przekazywane do państw trzecich (poza europejski obszar gospodarczy) ani do organizacji międzynarodowych.
 - W oparciu o podane dane osobowe administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.
9. Ponadto osobie, której dane dotyczą, przysługują prawa dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, uzupełniania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo, przenoszenia danych /otrzymania ich kopii. Z uprawnień tych może Pani/Pan skorzystać w szczególności :
 - w odniesieniu do dostępu do treści swoich danych –w każdym momencie;
 - w odniesieniu do żądania sprostowania, uzupełnienia danych: gdy zauważy Pani/Pan, że dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
 - w odniesieniu do żądania usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania : np. gdy Pani/Pana dane są nieprawidłowe, gdy są przetwarzane niezgodnie z prawem; lub dane powinny być usunięte;
 - w odniesieniu do żądania przeniesienia danych, gdy przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody lub umowy, oraz odbywa się w sposób zautomatyzowany;
 - gdy postawą przetwarzania danych jest Pani/Pana zgoda, zgodę można w każdej chwili wycofać bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. W celu odwołania zgody należy złożyć pisemną informację na adres PCPR w Raciborzu podany powyżej.
 - **w przypadku spraw załatwianych w trybie Kpa (prowadzących do wydaniem decyzji administracyjnej):**
Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia danych przetwarzanych bezpodstawnie. Korzystanie z uprawnień przysługujących osobie, której dane dotyczą, realizowane jest w oparciu o zasady i przepisy Kpa . Dostęp do akt postępowania czy sprostowania realizowany jest w oparciu o zasady Kpa.
10. Niezależnie od praw wymienionych powyżej przysługuje Pani/ Panu również prawo wniesienia skargi w związku z przetwarzaniem przez nas danych osobowych do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) - gdy uzna Pani/Pan że przetwarzamy dane osobowe niezgodnie z prawem.
 - Oświadczam, że została/em poinformowana/y i przyjmuje powyższe do wiadomości.
 - Oświadczam, że zapoznałam/em z klauzulą informacyjną osoby, których dane umieściłam/em we wniosku i znajdują się w załącznikach

PODPIS

Osoby niepełnosprawnej / Przedstawiciela ustawowego / Opiekuna prawnego / Pełnomocnika
WYMAGANE PODPISY NA STRONACH 4,5,6,7 WNIOSKU

OBJAŚNIENIA

Zgodnie z przepisem § 10 rozporządzenia MPiPS w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON dofinansowanie zadań ze środków Funduszu następuje na pisemny wniosek złożony odpowiednio do powiatowego centrum pomocy rodzinie (...) właściwego dla miejsca zamieszkania – w przypadku osoby niepełnosprawnej.

*MIEJSCE ZAMIESZKANIA

- Zgodnie z normą kodeksu cywilnego, przepis art. 25 KC – miejsce w którym stale przebywam z zamiarem stałego pobytu. Ośrodek życia codziennego, w którym skoncentrowane są plany życiowe – osobiste i majątkowe)
- Przepis art. 26 § 1 Miejszem zamieszkania dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską jest miejsce zamieszkania rodziców albo tego z rodziców, któremu wyłącznie przysługuje władza rodzicielska lub któremu zostało powierzony wykonywanie władzy rodzicielskiej.
- Przepis art. 26 § 2 Jeżeli władza rodzicielska przysługuje na równi obojgu rodzicom mającym osobne miejsce zamieszkania, miejsce zamieszkania dziecka jest u tego z rodziców, u którego dziecko stale przebywa. Jeżeli dziecko nie przebywa stale u żadnego z rodziców, jego miejsce zamieszkania określa sąd opiekuńczy.
- Przepis art. 27 Miejszem zamieszkania osoby pozostającej pod opieką jest miejsce zamieszkania opiekuna.
- W przypadku osoby bezdomnej stosuje się tryb przewidziany w ustawie o pomocy społecznej. W świetle obowiązujących przepisów do udzielenia pomocy osobie bezdomnej co do zasady, zobowiązana jest gmina ostatniego miejsca zameldowania tej osoby na pobyt stały (art. 101 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej).

**DOCHÓD

w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał (kalendarzowy) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku – oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Wspólne gospodarstwo domowe – należy rozumieć sytuację, gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny.

Samodzielne gospodarstwo domowe – należy rozumieć sytuację, kiedy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

Informacji można uzyskać pod numerem telefonu 32/415 20 28 lub 32/415 94 62.

PODPIS

Osoby niepełnosprawnej / Przedstawiciela ustawowego / Opiekuna prawnego / Pełnomocnika
WYMAGANE PODPISY NA STRONACH 4,5,6,7 WNIOSKU

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. **Faktura VAT** (zapłacona gotówką) określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup,
 - **kserokopia zrealizowanego zlecenia** na zaopatrzenie w wyroby medyczne potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę (sklep) realizującego zlecenie, **i/lub**
 - **kserokopia karty potwierdzenia uprawnienia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie** (oryginał do wglądu), wraz z potwierdzeniem realizacji zleceń
- LUB**
 - **oferta (kosztorys)** określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) i kwotą udziału własnego oraz **TERMIN REALIZACJI ZLECENIA OD MOMENTU PRZYJĘCIA GO DO REALIZACJI**,
 - **kserokopia zlecenia** na zaopatrzenie w wyroby medyczne potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę (sklep) realizującego zlecenie,
2. **Dokument potwierdzający niepełnosprawność** – aktualne, prawomocne orzeczenie o którym mowa w przepisie art. 1, art. 5 pkt 1a lub przepisie art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu 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 wydanego przed 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu),
W przypadku osób, które zakupiły wyrób medyczny w trakcie posiadania dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność, obecnie już nieważnego (po upływie terminu) – należy dołączyć również kserokopię tego dokumentu (oryginał do wglądu w przypadku składania wniosku w siedzibie PCPR),
3. **Dowód osobisty** (do wglądu w przypadku składania wniosku w siedzibie PCPR).

INNE ZAŁĄCZNIKI – WYMAGANE W SZCZEGÓLNYCH PRZYPADKACH:

4. W przypadku osoby niepełnosprawnej występującej przez pełnomocnika / opiekuna prawnego:
- **kserokopia pełnomocnictwa** (oryginał do wglądu w przypadku składania wniosku w siedzibie PCPR) – w przypadku występowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności,
LUB
 - **kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym** – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny (oryginał do wglądu w przypadku składania wniosku w siedzibie PCPR),
 - **dowód osobisty pełnomocnika / opiekuna prawnego** (do wglądu w przypadku składania wniosku w siedzibie PCPR),