Nr wniosku_____

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia osoby niepełnosprawnej w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze *DZIECI*

L.p.	Informacje o Wnioskodawcy i przedmiocie wniosku	
1.	**Imię i nazwisko Rodzica dziecka niepełnosprawnego**	
2.	**Imię i nazwisko dziecka**	
3.	**Nr PESEL dziecka niepełnosprawnego**	
4.	**Adres**	
5.	**Numer telefonu**	
6.	**Cel dofinansowania**	
7.	**Oświadczenie:** Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód rodziny**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił** ..... zł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi	
8.	**Nazwa banku i nr rachunku bankowego, na który należy przekazać dofinansowanie**	

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Podpis Wnioskodawcy/

<u>Do wniosku dołącza się:</u>

1. **kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia,**
2. **fakturę określającą kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup,**
3. **potwierdzoną za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.**

Data złożenia wniosku **Podpis Wnioskodawcy/ opiekuna prawnego**

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryficach z siedzibą w 72-300 Gryfice ul. Dworcowa 22

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w PCPR Gryfice możliwy jest pod numerem tel. nr 608059292 lub adresem email: ido@it-serwis.com.pl

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z Ustawy z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, e lub/i Art.9 ust.2 lit. a - ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

4) odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą inne instytucje publiczne wspierające i współorganizujące pomoc społeczną: Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, Ośrodki Pomocy Społecznej, Domy Pomocy Społecznej, organy administracji rządowej - policja i sądy.

5) Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres przewidziany wg Rzeczowego Wykazu Akt.

6) posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

7) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

8) podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, niepodanie danych w zakresie wymaganym przez administratora będzie skutkować brakiem możliwości podjęcia działań w celu właściwego rozpatrzenia sprawy

9) Pana/Pani dane nie będą poddane zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji (profilowaniu).

10) Administrator nie planuje dalej przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.

11) Pani/Pana dane nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu uzyskania dofinansowania ze środków PFRON, zgodnie z art.6 ust.1 lit. a i art.9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia UE 2016/679 o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawa o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. z dnia 10.05.2018 r. poz. 1000 .

Podpis Wnioskodawcy/ opiekuna prawnego