

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

Nr sprawy

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
DO SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO**

Informacje o Wnioskodawcy.

1. Nazwisko i imię

Data urodzenia PESEL.....

Numer telefonu

Adres zamieszkania Dowód osobisty:

seria nr wydany przez:

2. Posiadane orzeczenie*:

☐ o stopniu niepełnosprawności ☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki

☐ o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ☐ I ☐ II ☐ III

☐ o całkowitej/ o częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy
w gospodarstwie rolnym/ i niezdolności do samodzielnej egzystencji*

☐ o niepełnosprawności wydane przez właściwy organ*

3. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu z określeniem numeru
zawartych umów, celu i daty przyznania oraz stan rozliczenia

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

4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego na który przekazać dofinansowanie

.....
.....

5. Miejsce i cel realizacji zadania (opis choroby)

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

6. Przedmiot dofinansowania

7. Termin realizacji zadania

8. Przewidywany koszt realizacji zadania:

- udział własny (minimum 20%)

- **wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 80%)**

..... zł, słownie: (.....)

9. Informacja o innych źródłach finansowania zadania

.....
.....

10. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł dofinansowania

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

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 złożenie wniosku, wynosi zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

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

Czytelny podpis wnioskodawcy / przedstawiciela
ustawowego / opiekuna prawnego

Klazurek 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 Rzecznego 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 zautomatyzowanemu 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 .

Data

Czytelny podpis wnioskodawcy / przedstawiciela
ustawowego / opiekuna prawnego

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

- 1. Kopię (oryginał do wglądu) aktualnego dokumentu o niepełnosprawności**
- 2. Zaświadczenie lekarskie na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny**
- 3. Oświadczenie o posiadaniu dowodu osobistego.**
- 4. Oferta cenowa wnioskowanego sprzętu.**

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb PCPR – dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Seria i numer dowodu osobistego

PESEL

Zachodzi konieczność prowadzenia codziennej rehabilitacji w warunkach domowych przy
użyciu sprzętu rehabilitacyjnego typu :

.....

Rodzaj schorzenia

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
imię i nazwisko
.....
adres
.....
nr PESEL

.....
data

Oświadczenie o posiadaniu dowodu osobistego

Oświadczam, że posiadam dowód osobisty: seria nrwydany
w dniu przez

Oświadczam, że ponoszę odpowiedzialność prawną w przypadku podania danych
niezgodnych z prawdą.

.....
potwierdzenie – podpis pracownika PCPR

.....
podpis osoby składającej oświadczenie