

.....
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

INFORMACJA ADMINISTRATORA:

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. 2016/679 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 adresem email: iodo@gryfice.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane, przechowywane oraz zabezpieczane na podstawie Art. 2b ust. 1-6 w celu realizacji zadań wynikających z Ustawy z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c Art. 9 ust. 2 lit. a - ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. 2016/679.
- 4) odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą inne instytucje publiczne wspierające i współorganizujące pomoc społeczną, w tym: Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, Ośrodki Pomocy Społecznej, Domy Pomocy Społecznej, oddziały PFRON, organy administracji rządowej, organy ścigania, sądy.
- 5) Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres przewidziany wg Jednolitego Rzecznego Wykazu Akt oraz Art. 2b ust. 7-8 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- 6) posiada Pani/Pan prawo do:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne, a także prawo do ich usunięcia, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
 - c) prawo do ograniczenia lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
 - d) prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa)
- 7) podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, niepodanie danych w zakresie wymaganym przez administratora będzie skutkować brakiem możliwości podjęcia działań w celu właściwego rozpatrzenia sprawy.
- 8) Pana/Pani dane nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (profilowaniu).
- 9) Administrator nie planuje dalej przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.
- 10) Pani/Pana dane nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rozpatrzenia wniosku/ 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 .

....., dn.

.....

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

.....

miejsowość, 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