Jędrzejów, dn. ........................................

poz. .........................

##### **WNIOSEK**

### **o dofinansowanie zaopatrzenia osób niepełnosprawnych**

**w sprzęt rehabilitacyjny**

**realizowane przez Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie**

###### **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko | Imię | Data urodzenia |
| Nr dowodu osobistego | NIP  ------------------------------------ | PESEL |
| Adres zamieszkania – tel. | | |
| Stopień niepełnosprawności **(data ważności)**  1. Stopień znaczny ...................... 2. Stopień umiarkowany ................. 3. Stopień lekki ................. | | |

W przypadku dziecka orzeczenie o niepełnosprawności ………………….............................

(data ważności)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj i nazwa sprzętu rehabilitacyjnego** | **Cena**  **zakupu** | **Udział własny** | **Ilość** | **Kwota**  **dofinansowania** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Oświadczam, że dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku na jednego członka rodziny wynosi ..................zł

Razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa wobec wnioskodawcy | Rodzaj dochodu | Dochód netto **za 3 miesiące** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
|  | | | **Razem:** |  |

\* W przypadku osób nieletnich (dzieci i młodzieży do lat 18) Wnioskodawcą jest jedno z rodziców lub opiekun prawny

Dotychczas korzystałem/am z dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny tak/nie\*, kiedy ....................................

Rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego ................................................................................................

**Do wniosku dołączam:**

a) Faktura/oferta za zakupiony sprzęt rehabilitacyjny wystawiona na osobę niepełnosprawną ...................................................................

b) Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność ........................................

lub w przypadku dziecka orzeczenie o niepełnosprawności....................................................

c) oświadczenie o dochodach netto za 3 miesiące …..................................................................

d) Dane dotyczące numeru konta .................................................................................................

e) Zaświadczenie lekarskie o konieczności posiadania sprzętu rehabilitacyjnego.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2017, poz. 2204) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jędrzejów, dn. .......................... ..........................................................

(podpis wnioskodawcy)

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko przyjmującego wniosek: | Data i podpis: |

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB**

**POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIEW CELU ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO**

**Uzupełnia lekarz specjalista (**prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko …..........………………………………………………………………..

PESEL …........…………………………………………………………………………..

Seria i nr dowodu tożsamości …......................................................................................

Adres zamieszkania ....................................................................................................................

…........................................................................................................................................

**Opis schorzenia:** ….......................…………………………………………………...…

………………………………………………………………………………………........

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

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

**Konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:** …..............................................................…………………………………….……….....

……………………………………………………………………………………………

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

**Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych:**……………….........................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

**Uzasadnienie zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....….............................................................................................................................................

….........................................

(data)

…………………………………..

(pieczątka i podpis lekarza)

|  |
| --- |
| **KLAUZULA INFORMACYJNA** |

Informuję, że zgodnie z z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz U.   
z 2018 r. poz. 10000), zgodnej z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych   
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa: | Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jędrzejowie |
| Adres: | ul. Okrzei 49b; 28-300 Jędrzejów |
| Telefon: | tel./fax 41 386 36 00 |
| Email: | pcpr@jedrzejow.pl |

1. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko: | Mariusz Piskorczyk |
| Email: | biuro@ochrona-danych.com.pl |

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu/ach:

|  |
| --- |
| *w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Centrum Pomoc Rodzinie w Jędrzejowie* |

1. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:

|  |
| --- |
| *na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz. U. z 2017r. poz. 1769 z późn. zm.); ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2018 r. , poz. 511); ustawy z dnia 29 lipca 2005 r.  o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (t.j. Dz. U. z 2015r. poz. 1390); ustawy z dnia  9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 697 z późn. zm.);* |

1. W razie konieczności dane mogą być udostępnione podmiotom:

|  |
| --- |
| *upoważnionym na podstawie prawa.* |

1. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres:

|  |
| --- |
| *przewidziany prawem, a szczególnie zgodnie Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt.* |

1. Podanie danych jest niezbędne do wywiązania się z obowiązku prawnego, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest wywiązanie z obowiązku prawnego.
2. Posiada Pani/Pan prawo do:
   1. żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
   2. wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
   3. przenoszenia danych,
   4. wniesienia skargi do organu nadzorczego,
3. Podanie danych jest:

|  |
| --- |
| *obowiązkowe w celu wywiązania się z obowiązków prawnych.* |

1. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

**OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH**