

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

RS.552.....

.....
data wpływu

Dane Wnioskodawcy

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Data urodzenia	
PESEL	
Stopień niepełnosprawności	
Telefon kontaktowy	

Dane przedstawiciela ustawowego Wnioskodawcy, opiekuna prawnego, kuratora lub osoby reprezentującej – jeżeli dotyczy

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	
Telefon kontaktowy	

Oświadczenie o dochodach

Przeciętny **miesięczny** dochód tj. dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielonych przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczonym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**

L.p.	Imię i nazwisko	Źródło dochodu	Przeciętny miesięczny dochód (netto)
1.	Wnioskodawca		
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
Suma dochodów wszystkich członków gospodarstwa domowego:			
Średni miesięczny dochód na jedną osobę:			

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego

.....

Przewidywany termin zakupu

.....

Przewidywany koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

.....

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:

.....

Informacja o innych źródłach finansowania zadania

.....

Informacja o korzystaniu ze środków PERON do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (w ciągu ostatnich 3 lat)

.....

Uzasadnienie wniosku

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

Informacje dodatkowe

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania proszę o jego przekazanie

Należy wybrać jedną z poniższych form przekazania/odbioru dofinansowania:																								
<input type="checkbox"/>	Przekazanie kwoty dofinansowania na rachunek bankowy numer: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Dane posiadacza rachunku																							
<input type="checkbox"/>	Wypłata kwoty dofinansowania w kasie banku (wnioskodawcy lub osobie wskazanej w załączonym upoważnieniu)																							
<input type="checkbox"/>	Konto sprzedawcy podane na załączonej fakturze																							

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub innego równoważnego orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej (t.j. Dz. U. z 2020r., poz. 426), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust.3 ustawy, kopia orzeczenia wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu),
2. Zaświadczenie lekarza specjalisty,
3. Zaświadczenie o dochodach (decyzja renty/emerytury, zaświadczenie z miejsca pracy),
4. Minimum **dwie** oferty cenowe na wnioskowany sprzęt,
5. Oryginał dowodu osobistego do wglądu.
6. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Oświadczenia:

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności w tym także karnej, za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadoma/y odpowiedzialności w tym także karnej, za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
miejsowość, data

.....
podpis Wnioskodawcy

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu
w celu dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego ze środków PFRON

Imię i nazwisko

Numer PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej

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

Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności

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

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności

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

Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe

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

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych przez Realizatora programu oraz PFRON

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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 osobowych) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu, informuje, iż:

1/ Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu z siedzibą 32-600 Oświęcim ul. Bema 4, adres e-mail: pcpr@powiat.oswiecim.pl oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu ustanowiło Inspektora Ochrony Danych Osobowych Pana Piotra Karcz z którym można się skontaktować na adres Administratora i za pomocą poczty elektronicznej: piotrmariusz.karcz@gmail.com

2/ Ma Pan/Pani prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, prawo ograniczenia ich przetwarzania.

3/ Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli Pana/Pani dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.

4/ Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10-ciu lat.

5/ Podanie danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia Pani/Pana wniosku i zawarcia umowy dofinansowania.

6/ Dane osobowe przekazywane przez wnioskodawców przetwarzane są w stopniu niezbędnym dla realizacji dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych , oceny jego funkcjonowania a także w innych, prawnie uzasadnionych celach.

7/ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu przekazuje/udostępnia dane osobowe uczestników programu do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

8/ Podanie danych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie uniemożliwi Administratorowi wykonywanie jakichkolwiek działań w odniesieniu do Pana/Pani osoby.

Potwierdzam, zapoznanie się z niniejszą informacją.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie