

WNIOSEK/ A

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

Imię/imiona/ i nazwisko:.....

Dowód osobisty* - seria nr wydany w dniu
przez

Nr. PESEL Nr. NIP*

Adres - miejscowość nr kodu..... - poczta
ulica nr domu nr lokalu
nr tel.....

Dane przedstawiciela ustawowego-dla małoletniego Wnioskodawcy, opiekuna, pełnomocnika:

Imię/imiona/ i nazwisko:.....

Dowód osobisty - seria nr wydany w dniu
przez

Nr. PESEL Nr. NIP.

Adres - miejscowość nr kodu..... - poczta
ulica nr domu nr lokalu
nr tel.....

opiekun** - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....
sygnatura akt.....

pełnomocnik** - na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza:.....
.....dnia.....nr repertorium.....

*w przypadku gdy wnioskodawcą jest dziecko – skreślić

**niepotrzebne skreślić

I. Stopień niepełnosprawności /wypełnić zgodnie z posiadanym orzeczeniem/⁽¹⁾

1a	znaczny	
1b	inwalidzi I grupy	
1c	osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
1d	osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	

1e	osoby w wieku do lat 16, które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności	
2a	umiarkowany	
2b	inwalidzi II grupy	
2c	osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3a	lekki	
3b	inwalidzi III grupy	
3c	osoby częściowo niezdolne do pracy	
3d	osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

II. Rodzaj niepełnosprawności ⁽²⁾

1.	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2.	inna dysfunkcja narządu ruchu	
3.	dysfunkcja narządu wzroku	
4.	dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5.	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6.	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

III. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

1.	zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą *	
2.	osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3.	bezrobotny poszukujący pracy / rencista poszukujący pracy*	
4.	rencista / emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy *	
5.	dzieci i młodzież do lat 18	

⁽¹⁾wstawić X we właściwej rubryce (tylko w jednej)

⁽²⁾wstawić X we właściwych rubrykach zgodnie z dołączonym do wniosku zaświadczeniem lekarskim

*niepotrzebne skreślić

IV. Rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego

.....

V. Planowany termin zakupu

VIII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

Lp.	Imię i nazwisko	pokrewieństwo ⁽¹⁾	data urodzenia	stopień niepełnosprawności ⁽²⁾	rodzaj niepełnosprawności ⁽³⁾	źródło dochodu	dochód ⁽⁴⁾
1.	Wnioskodawca	-		-			
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
ŁĄCZNY DOCHÓD:							

⁽¹⁾ w stosunku do wnioskodawcy

⁽²⁾ wpisać jedno z oznaczeń (od 1a do 3d) korzystając z tabeli I. wniosku – zgodnie z posiadanym orzeczeniem

⁽³⁾ wpisać oznaczenia (od 1 do 6) korzystając z tabeli II.- zgodnie z dołączonym do wniosku zaświadczeniem lekarskim

⁽⁴⁾ proszę podać średni dochód netto z kwartału poprzedzającego datę złożenia wniosku

IX. Średni dochód miesięczny (netto) na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (średnia z ostatnich 3 miesięcy)

Upředzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2, i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz.U. nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

Załączniki do wniosku: / wypełnia PCPR/

Wyszczególnienie	data wpływu:
1.Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. nr 123, poz. 776 z późn. zm.)	
2.Kopia w/w orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.	
3..Zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające konieczność nabycia sprzętu rehabilitacyjnego, o którym mowa we wniosku	

KLAUZULA
informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana
(imię i nazwisko)

w sprawie przyznania dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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, zwane dalej także RODO) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana /lub dziecka* danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Pile, al. Niepodległości 37.
- 2) Pani/Pana /lub dziecka* dane osobowe *przetwarzane będą* w celu związanym z prowadzonym postępowaniem w sprawie o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, a to na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z art. 35a ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172 z późn. zm.), § 5.2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być dofinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz 926 ze zmianami).
- 3) Pani/Pana / dziecka* dane osobowe nie będą/będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 4) Pani/Pana /lub dziecka* dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
- 5) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz/lub danych dziecka oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne- prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy: rodo@pcpr.pila.pl
W celu skorzystania z wskazanych wyżej praw mogą Państwo zgłosić się do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pile lub przesłać wniosek na adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pile listownie lub drogą elektroniczną: rodo@pcpr.pila.pl
Tutejszy organ - Administrator danych osobowych - bez zbędnej zwłoki - a w każdym razie w terminie miesiąca od dnia wpływu wniosku - udziela osobie, której dane dotyczą, informacji o działaniach podjętych w związku z realizacją ww. praw. W razie potrzeby termin ten może zostać przedłużony o kolejne dwa miesiące z uwagi na skomplikowany charakter żądania lub liczbę żądań. W terminie miesiąca od otrzymania żądania Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pile informuje osobę, której dane dotyczą o takim przedłużeniu terminu, z podaniem przyczyn opóźnienia.
- 6) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana /lub dziecka narusza przepisy RODO.

Zapoznałam/em się w informacjami i pouczeniem zawartymi w niniejszej klauzuli.
Przedmiotowe informacje są dla mnie zrozumiałe.

.....
Data i podpis wnioskodawcy/ strony

- niepotrzebne skreslić

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Uwaga : zaświadczenie dla celów pomocy społecznej

Nazwisko i imię:
PESEL:
Adres:

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

Zalecenie rehabilitacji domowej:

.....

.....

.....

Potrzeby osoby w zakresie sprzętu rehabilitacyjnego:

.....

.....

.....

.....

Data

.....

pieczętka i podpis lekarza