

Kościan

Wniosek nr.....

WNIOSEK

O dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków PFRON będących w dyspozycji PCPR Kościan

I. Dane Wnioskodawcy

Imię.....nazwisko.....syn, córka.....

Imię Ojca

Dow. Osobisty, seria.....nr.....wydany przez.....

Nr PESEL.....nr NIP.....

Miejscowość.....ulica.....nr domu.....

Nr kodu.....poczta.....powiat.....

Nr telefonu.....

Numer konta osobistego.....

Nazwa banku.....

II. Przedmiot dofinansowania

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego

.....

.....

III. Posiadane orzeczenie

a) o stopniu niepełnosprawności **znacznym** **umiarkowanym** **lekkim**

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów **I** **II** **III**

c) o całkowitej niezdolności do pracy częściowej niezdolności do pracy

o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji

d) o niepełnosprawności do 16 roku

IV. Oświadczenie o wysokości dochodów netto i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł.....zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....

V. Miejsce realizacji zadania

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

VI. Cel dofinansowania (uzasadnienie wniosku)

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

VII. Przewidywany koszt realizacji zadania (do wniosku dołączyć fakturę PROFORMA)

.....

VIII. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej ze środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia

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

IX. Wysokość kwoty wnioskowania dofinansowania

.....

X. Oświadczam, że:

1. posiadam / nie posiadam* zaległości wobec PFRON
2. byłem (am)/ nie byłem (am)* w ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązaną z przyczyn leżących po mojej stronie

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną własnoręcznym podpisem.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....
(data)

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

*właściwe zaznaczyć

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik.

.....syn/córka.....
Imię (imiona) i nazwisko Imię Ojca

seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....

PESELNIP.....

Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

Nr kodu.....poczta.....powiat.....

Województwo.....nr tel/fax (z nr.kier.).....

Ustanowiony opiekun*/pełnomocnik*.....

Postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.....sygn.akt*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza.....z dn.....repet. nr.....

Wymagane załączniki do wniosku

1. Aktualne orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność.
2. Fakturę PROFORMA.
3. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające fakt, iż zachodzi potrzeba rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu.

.....

data.....

(Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko.....

Zamieszkała/y.....

.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących

.....

.....

.....

Wymaga prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu

.....

.....

(nazwa sprzętu rehabilitacyjnego)

.....

(pieczęć lekarza)

Klauzula informacyjna
dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie
64-000 Kościan, ul. Gostyńska 38

W związku z rozpoczęciem stosowania od dnia 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie **art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

- Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kościanie przy ul. Gostyńskiej 38 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**
- **W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pod adresem e-mail: iod@pcprkoscian.pl**
- Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych.
- Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych.
- Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych.
- Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
- Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.;
- Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

.....
podpis