

**Wniosek  
o dofinansowanie ze środków PFRON  
zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny**

CSI.....

**Część A : Informacje o wnioskodawcy:**

Imię i Nazwisko .....  
adres zamieszkania .....  
data urodzenia ..... nr PESEL .....  
telefon kontaktowy .....  
seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....  
(dowód osobist)

.....  
Stopień niepełnosprawności .....  
Rodzaj niepełnosprawności .....

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą i ich dochód:

Lp	Imię i Nazwisko	Dochód miesięczny
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
Razem		

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON ; jeżeli tak proszę podać na jaki cel:

.....  
.....  
.....  
.....  
wysokość przyznanych środków : .....  
data przyznania : .....  
stan rozliczenia przyznanych środków : .....  
.....

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego ( dla małoletniego Wnioskodawcy )  
opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

Imię i Nazwisko .....

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

(dowód osobisty)

nr PESEL....., adres zamieszkania:

miejsowość..... ulica.....

nr domu.....nr lokalu.....nr kodu.....poczta.....

województwo.....powiat..... nr tel/fax .....

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem.....

( postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ....sygn.akt/na mocy

pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....

z dnia .....repert.nr.....).

### Część B. Informacje o przedmiocie wniosku

Przedmiot wniosku , przeznaczenie i cel dofinansowania

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

Miejsce realizacji zadania .....

.....

Wnioskowane dofinansowanie:

Lp	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem	Do weryfikacji (wypełnia PCPR)

Cel, Uzasadnienie potrzeby zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i przewidywane skutki zmniejszenia niepełnosprawności :

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

Kosztorys przedsięwzięcia  
Przewidywany koszt ogólny:.....  
Własne środki przeznaczone na realizację zadania : .....  
Inne źródła finansowania : .....  
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków Funduszu.....zł.  
Słownie .....

**Nazwa banku i numer rachunku bankowego**

.....  
.....

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art.233 §1 i §2 Kodeksu Karnego (Dz. U. z dnia 6 czerwca 1997r.,Nr 88 poz.553 z póź zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

**Oświadczam iż zostałam/em poinformowany o nie podejmowaniu działań związanych z realizacją zadania tj. zakup sprzętu rehabilitacyjnego przed podpisaniem umowy.**

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kłobucku .**

.....  
data

.....  
podpis

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób.
3. Opinia lekarza właściwego ze względu na rodzaj schorzenia uzasadniająca posiadanie wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego przez Wnioskodawcę.
4. Oświadczenia o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą .
5. Dokument zakupu oferta handlowa/faktura proforma.

## KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

Poniższe zasady stosuje się począwszy od dnia 25 maja 2018 roku.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Skorupki 46, 42-100 Kłobuck jest: Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kłobucku.
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy pod adresem e-mail: iod-pk@powiatklobucki.pl
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe Pani/Pana/osób pozostających z Panią/Panem we wspólnym gospodarstwie domowym/przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika w związku z realizacją przez podmiot zadań publicznych na podstawie obowiązujących przepisów prawa i zawartych umów.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu:
  - a. niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kłobucku w związku z realizowaniem jego celów statutowych w zakresie zadań określonych ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zleconych Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie w Kłobucku przez podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa;
  - b. realizacji umów.
5. Dane osobowe nie będą udostępniane, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
7. Na zasadach określonych przepisami ogólnego rozporządzenia j/w o ochronie danych, posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora:
  - a. dostępu do treści swoich danych osobowych,
  - b. sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych,
  - c. usunięcia swoich danych osobowych,
  - d. ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych,
  - e. przenoszenia swoich danych osobowych,
  - f. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych.Pozytywne rozpatrzenie prawa do usunięcia i ograniczenia przetwarzania danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.

.....  
Miejscowość, data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....  
Czytelny podpis