

.....  
data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)

.....  
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....  
nr kolejny wniosku

**Powiatowe Centrum  
Pomocy Rodzinie  
ul. Poczтовая 7  
89 – 500 Tuchola**

## **WNIOSEK**

### **O dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.**

.....  
(podać jakich)

Przewidywany koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego .....	zł
Wysokość własnych środków przeznaczonych na realizację zadania (min. 20%) .....	zł
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania (max. 80%) .....</b>	<b>zł</b>

#### **DANE WNIOSKODAWCY**

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
PESEL

.....  
(seria i numer dowodu)

.....  
(wydany przez)

.....  
(ważny do)

.....  
(ulica/miejscowość)

.....  
(nr domu)

.....  
(nr lokalu)

.....  
(kod pocztowy)

.....  
(miejscowość)

.....  
(nr telefonu stacjonarnego/komórkowego)

.....  
(podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego)

#### **DANE DZIECKA (wypełnić w przypadku, gdy wniosek dotyczy dziecka)**

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(data urodzenia)

.....  
PESEL

.....  
(podpis wnioskodawcy /przedstawiciela ustawowego dziecka)

#### **Załączniki:**

1. kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności wnioskodawcy lub orzeczenia innych organów (oryginał do wglądu)
2. oświadczenie o dochodach wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego
3. oświadczenie o nr konta bankowego wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego
4. oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego
5. w przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednie pełnomocnictwo lub postanowienia sądu
6. Faktura proforma/oferta cenowa lub ewentualny opis dot. wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego
7. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wnioskodawcy (załącznik nr 1 do wniosku)

## CEL DOFINANSOWANIA – UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU

..... ..... ..... ..... .....
---

### OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów (Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony **za kwartał poprzedzający miesiąc** złożenia wniosku wynosił .....zł

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

Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

.....  
(data, podpis osoby składającej oświadczenie tj. wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego)

### SPOSÓB PRZEKAZANIA PRZYZNANEGO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON (proszę wstawić X w odpowiedniej rubryce):

IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA/LI RACHUNKU BANKOWEGO ..... NAZWA BANKU OBSŁUGUJĄCEGO WNIOSKODAWCĘ ..... NUMER KONTA BANKOWEGO [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] NA KONTO REALIZATORA (SPRZEDAWCY) ODBIÓR OSOBISTY W PCPR W TUCHOLI	
---	--

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego)

....., data .....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia .....

Adres .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....  
.....

2. Opis rodzaju schorzenia .....

.....  
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące .....

.....  
.....

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, ewentualne potrzeby w tym zakresie .....

.....  
.....

5. Wskazania do rehabilitacji (wymienić na jakim sprzęcie) .....

.....  
.....

6. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu?

Tak

Nie

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

## KLAUZULA INFORMACYJNA

**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 94/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „Rozporządzeniem” informujemy, że:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi, ul. Poczтовая 7, 89-500 Tuchola, nr telefonu (052) 5592018, adres email: [pcprtuchola@wp.pl](mailto:pcprtuchola@wp.pl). Przedstawicielem Administratora jest Kierownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi Anna Toby, nr telefonu (052) 5592018, adres email: [pcprtuchola@wp.pl](mailto:pcprtuchola@wp.pl).
2. Z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie można skontaktować się pod adresem e-mail: [inspektor.rodod@wp.pl](mailto:inspektor.rodod@wp.pl).
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie, zgodnie z:
  - 1) art.6 ust.1 lit. c Rozporządzenia (wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi);
  - 2) art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia (wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi);
  - 3) art. 9 ust. 2 lit. b Rozporządzenia (przetwarzanie jest niezbędne do wypełniania obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, lub porozumieniem zbiorowym na mocy prawa państwa członkowskiego przewidującym odpowiednie zabezpieczenia praw podstawowych i interesów osoby, które dane dotyczą);
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców. Odbiorcami danych mogą być podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat zgodnie z Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym.
6. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych w każdej chwili ma Pani/Pan prawo do:
  - 1) dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
  - 2) sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
  - 3) usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;
  - 4) ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
  - 5) przeniesienia swoich danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia;
  - 6) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia.
7. Pani/Pan ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie danych osobowych jest niezgodne z przepisami Rozporządzenia.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem ustawowym, a ich nie podanie oznacza brak możliwości rozpatrzenia złożonego wniosku.
9. Pani/Pana dane nie są przez nas wykorzystywane do podejmowania decyzji opartych na zautomatyzowanym przetwarzaniu danych, w tym nie są wykorzystywane do profilowania.
10. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.

Administrator Danych Osobowych  
Powiatowe Centrum  
Pomocy Rodzinie w Tucholi