

---

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO  
ZAKUPU : PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH LUB ŚRODKÓW  
POMOCNICZYCH**

**Imię i nazwisko Wnioskodawcy**.....

**Adres**.....

**Nr telefonu** .....

**PESEL** .....

.....  
*Imię i nazwisko oraz PESEL niepełnosprawnego dziecka – w wypełnić w przypadku gdy zakup dotyczy dziecka*

.....  
*Posiadane orzeczenie o niepełnosprawności/grupie inwalidzkiej - data ważności orzeczenia*

**Zwracam się do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sochaczewie o dofinansowanie ze środków PFRON zakupu : przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych:**

.....  
*nazwa zakupionego przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego*

.....  
*ilość*

**Do wniosku załączam :**

1. fakturę/rachunek za zakupiony przedmiot ortopedyczny/środek pomocniczy wyszczególniający kwotę opłaconą przez Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotę udziału własnego, lub fakturę pro-forma
2. dowód zapłaty,
3. kopię aktualnej decyzji o stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej lub decyzji o zaliczeniu dziecka do niepełnosprawnych
4. kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.

**Przyznane dofinansowanie proszę przekazać:**

na rachunek bankowy sprzedawcy zakupionego przedmiotu

do wypłaty w kasie Starostwa

na rachunek bankowy: .....

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

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, wynosił: .....zł

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy – niepotrzebne skreślić) niezbędnych dla potrzeb realizacji procesu: **dofinansowanie do zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych**, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.poz.1000).

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą, oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz, że w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłam/byłem stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....  
Data

.....  
Podpis wnioskodawcy / pełnomocnika / opiekuna prawnego\*

\* - do wniosku dołączyć pełnomocnictwo

### **Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sochaczewie**

#### **DECYZJA PCPR w Sochaczewie**

Na podstawie przedłożonych dokumentów przyznano łączne dofinansowanie zakupu następującego przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego :

rodzaj : ..... ilość : .....

w kwocie : ..... zł

.....  
Data

.....  
Podpis Dyrektora PCPR

---

### Klauzula informacyjna zgodna z RODO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy – niepotrzebne skreślić)

.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

niezbędnych dla potrzeb realizacji procesu: **EWIDECJA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH ZE ŚRODKÓW PFRON** zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.poz.1000).

.....  
*Data i podpis osoby wyrażającej zgodę*

#### Informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych podanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 65 w Sochaczewie, kod pocztowy: 96-500, tel.46 864 18 01, adres email:pcprsoch@powiatsochaczew.pl
2. Inspektorem Ochrony Danych jest: Paulina Klatt tel. 46 864 18 01 e-mail: [pcprsoch@powiatsochaczew.pl](mailto:pcprsoch@powiatsochaczew.pl)
3. Celem zbierania danych jest - **dofinansowanie do zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.**
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji zadania określonego w pkt. 3. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwa realizacja w/w zadania.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy przepisów prawa.
7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
8. Administrator danych nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych, rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. (Dz. U. Nr 14 poz. 67 z późn. zm.), licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

Administrator danych **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sochaczewie**