

WYPEŁNIA PCPR

.....  
numer wniosku

.....  
data wpływu

.....  
podpis pracownika

## WNIOSEK O PRYZYCNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO.

Imię i nazwisko wnioskodawcy.....

Adres .....

Nazwa banku i nr rachunku bankowego .....

..... tel.....

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 sprzętu rehabilitacyjnego:**

nazwa sprzętu: .....

wartość całkowita: ..... zł.

wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania : .....zł.

( max. 80% wartości całkowitej sprzętu)

Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania / uzasadnienie planowanego do zakupu sprzętu w odniesieniu do posiadanych schorzeń :

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

Informacja o korzystaniu z dofinansowania ze środków PFRON w latach poprzednich: *(proszę podać numer zawartej umowy, cel i datę przyznanego dofinansowania oraz stan rozliczenia)*

.....

.....

.....

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 byłem/byłam stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika/opiekuna prawnego\*

\*- do wniosku proszę dołączyć pełnomocnictwo

---

### **Do wniosku proszę dołączyć**

1. Kserokopię orzeczenia osoby niepełnosprawnej
2. Fakturę pro-forma lub zaświadczenie od sprzedawcy o wartości planowanego do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i konieczności zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego – wzór zaświadczenia stanowi załącznik do wniosku

**UWAGA! – Dofinansowanie ze środków PFRON nie może obejmować kosztów poniesionych przed dniem podpisania umowy o dofinansowanie.**

.....  
*Stempel Zakładu Opieki Zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
Wydane dla potrzeb PCPR w Sochaczewie w związku z ubieganiem się o  
dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres: .....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji, używany aktualnie sprzęt ortopedyczny lub  
rehabilitacyjny.....  
.....  
.....

Nazwa planowanego do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:  
.....  
.....

Uzasadnienie konieczności zakupu wnioskowanego przez pacjenta sprzętu  
rehabilitacyjnego:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
*data wystawienia*

.....  
*pieczętka i podpis lekarza wyst. zaświadczenie*

---

**Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sochaczewie**

**I. Ocena formalna wniosku i ocena zasadności wniosku.**

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

.....

.....

*data*

**II. Decyzja o przyznaniu dofinansowania:**

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

.....

*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**