.....

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mogilnie

data wpływu kompletnego wniosku (dzień,miesiąc,rok)

.....
nr kolejny wniosku

WNIOSEK
o dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego ze środków PFRON

Wnioskodawca

..... syn/córka* .....
imię(imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....
dowód osobisty

nr PESEL .....

miejscowość ..... ulica ..../.....
adres stałego zameldowania *nr domu/nr lokalu*

nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./faxu .....

Rodzaj niepełnosprawności, rodzaj schorzenia .....

.....

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun Prawny lub Pełnomocnik

..... syn/córka .....
imię(imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....
dowód osobisty

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

miejscowość ..... ulica ..../.....
adres stałego zameldowania *nr domu/nr lokalu*

nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel./faxu .....

ustanowiony Opiekunem*/Pełnomocnikiem .....

* postanowieniem Sądu Rejonowego ..... z dnia ..... sygn.akt. .....

* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....

z dnia ..... repet. nr .....

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON? *				Tak	Nie
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło

Informacje o przedmiocie wniosku

1.Rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego .....

.....

2.Cel dofinansowania .....

.....

3.Przewidywany koszt ogólny zakupu sprzętu .....

Deklarowane środki własne .....

Inne źródła finansowania .....

Wnioskowana kwota dofinansowania .....

(słownie: .....)

Informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku

.....

.....

.....

Opinia Komisji opiniującej wnioski (wypełnia PCPR)

.....

.....

.....

* prawidłowe zaznaczyć

Oświadczenie

Oświadczam, iż posiadam 20% wkładu własnego do zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.

Oświadczam, iż nie posiadam zobowiązań wobec Funduszu.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych niezbędnych do uzyskania dofinansowania (Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych).

Oświadczam, że średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi zł .....

(słownie .....)

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

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2,3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny, oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować.

.....	.....
data	podpis Wnioskodawcy**/Przedstawiciela Prawnego, Opiekuna Prawnego/Pełnomocnika

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności Wnioskodawcy
2. Udokumentowanie dochodów netto Wnioskodawcy oraz osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą
3. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające rodzaj schorzenia i zasadność zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.
4. Oferta cenowa wnioskowanego sprzętu.
5. Udokumentowanie źródeł finansowania innych niż PFRON.

** niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie reprezentowane przez Dyrektora PCPR, ul. Ogrodowa 10, 88-300 Mogilno, pcpr@pcpr-mogilno.pl, tel. 52 588 83 85;
2. został powołany inspektor ochrony danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Mogilnie; tel.: 52 588 83 18, iod@powiat.mogilno.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego ze środków PFRON;
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym w państwie trzecim, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 12 lat;
6. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
7. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do 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 2016 r.;
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne jednakże w przypadku nie podania danych osobowych wniosek pozostanie bez rozpatrzenia;
9. Dane osobowe przetwarzane przez Administratora na podstawie Rozporządzenia nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 Rozporządzenia.

_____

Data i podpis