

(pieczętka) PCPR w Przasnyszu	(data wpływu wniosku)	Nr sprawy: <b>PCPR.642. .201...</b>
----------------------------------	-----------------------	--

Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

## WNIOSEK – część A (wypełnia wnioskodawca)

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.**

(należy zaznaczyć właściwe pola przez wypełnienie pola )

#### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

<b>DANE PERSONALNE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ/ DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO</b>	
Imię/imiona..... Nazwisko.....	
Data urodzenia <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , miejscowość ....., (dzień – miesiąc - rok) (miejsce urodzenia)	
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r. przez..... Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Kontakt telefoniczny: nr kier (..... ) nr telefonu stacjonarnego ..... nr tel. komórkowego:.....	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA</b>	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta)	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta)
Miejscowość .....	Miejscowość .....
Ulica .....	Ulica .....
Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....	Nr domu ..... nr lokalu .....
Województwo .....	Powiat .....
	Województwo .....
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania): ..... .....	

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pcsr-przasnysz.pl](http://www.pcsr-przasnysz.pl)

## DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE RODZICA DZIECKA / OPIEKUNA PRAWNEGO/ PEŁNOMOCNIKA

Imię/imiona..... Nazwisko.....

Data urodzenia   -   -     , miejscowość .....,  
(dzień – miesiąc - rok) (miejsce urodzenia)

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.  
 przez..... Płeć:  kobieta  mężczyzna

Miejscowość .....Ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. ....Powiat .....

Województwo ..... nr tel. ....

ustanowiona/y Opiekunem  / Pełnomocnikiem  postanowieniem Sądu Rejonowego w  
 ..... z dn. .... sygn. akt .....

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....

z dn. .... repet. nr .....

### STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności, dotyczy dziecka do 16 roku życia		

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

**NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:  obu kończyn górnych  jednej kończyny górnej  
 obu kończyn dolnych  jednej kończyny dolnej  innym  
 Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego

**NARZĄD WZROKU 04-O**

osoba niewidoma  osoba niedowidząca  osoba głuchoniewidoma

<input type="checkbox"/> <b>INNE PRZYCZYNY</b> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):				
<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b>	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY</b>				
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y				
<input type="checkbox"/> bezrobotna/y	<input type="checkbox"/> zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy		<input type="checkbox"/> nie zarejestrowany	
<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy	<input type="checkbox"/> zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy		<input type="checkbox"/> nie zarejestrowany	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy	<input type="checkbox"/> zatrudniona/y lub prowadzący działalność gospodarczą albo rolniczą			
<input type="checkbox"/> rencista	<input type="checkbox"/> emeryt	<input type="checkbox"/> nie dotyczy		
<b>ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ</b>				
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe		
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne		
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:			
<b>OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ</b>				
<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA	<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:		
<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM		
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:		
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE		
<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY				

**2. Nazwa banku i numer rachunku bankowego wnioskodawcy (w przypadku osoby małoletniej - opiekuna prawnego / przedstawiciela ustawowego /pełnomocnika)**

Nazwa banku .....
Numer rachunku bankowego <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



## 7. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON, w tym poprzez Oddziały PFRON, PCPR lub MOPR?						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Wnioskodawca (Imię i nazwisko wnioskodawcy/ imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>							

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** tak  nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....

.....

**Uwaga!** za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

### Oświadczam, że:

- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania dofinansowania do **zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**, które przyjmuję do wiadomości i stosowania,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w przedsięwzięciu /zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 20 % ceny brutto**),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania dofinansowania ze środków PFRON, w ramach dofinansowania do **zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny** oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych:
  - w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 ze zm.);
  - rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015, poz. 926) także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż dofinansowanie do **zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny** nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy ze starostą.
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek bankowy wnioskodawcy, sprzedawcy przedmiotu zakupu, wykonawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury/ rachunku.

..... dnia .....

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

## 10. Załączniki: wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PCPR W PRZASNYSZU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie lekarskie wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Oświadczenie wnioskodawcy o posiadaniu środków na wkład własny (sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Dokumenty potwierdzające finansowanie zadania z innych źródeł – w przypadku gdy takie występują	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Proforma faktury lub kosztorys wnioskowanego sprzętu , urządzenia, wykonania usługi itp. (wraz z konkretnym modelem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Do wglądu oryginał wszystkich dokumentów oraz dowód osobisty.**

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr: PCPR.642. .201 .**

– wypełnia PCPR w Przasnyszu

**1. Weryfikacja formalna:**

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU			
Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w ustawie oraz w rozporządzeniu.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy).	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki).	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		.....20.... r.	
<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>		<input type="checkbox"/> <b>pozytywna</b>	<input type="checkbox"/> <b>negatywna</b>
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

*pieczętka imienna pracownika PCPR w Przasnyszu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis: \_\_\_\_\_

*pieczętka imienna Dyrektora PCPR w Przasnyszu*

data, podpis: \_\_\_\_\_

**2. Opinia komisji dotycząca wniosku Nr PCPR.642. .201 .**

Przasnysz, .....20.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Podpis członków komisji**

1) .....

2) .....

3) .....

**3. Decyzja dotycząca wniosku Nr PCPR.642. .201 .**

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON  
DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY**

pozytywna:  negatywna:

**PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI 80 % NIE WIĘCEJ NIŻ DO KWOTY (w zł.):**

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy.

.....20..... r.

data

.....

podpisy osoby/osób podejmujących decyzję

## Załącznik Nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

# OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/-a .....

zam.....

.....

Seria i numer dowodu osobistego..... wydanego przez .....

..... w dniu .....

PESEL

### **Oświadczam, co następuje:**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód , w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony z kwartału poprzedzający miesiąc złożenia wniosku , wynosi.....zł.  
(słownie:.....)

.....  
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....(słownie:.....)

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

( Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 Kodeks Karny (Dz. U. 2016 poz. 1137 ze zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

§1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.)

Oświadczenie niniejsze zostało wnoszącemu odczytane.

Miejscowość .....

Data.....

.....  
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....  
podpis osoby składającej oświadczenie

## Załącznik Nr 2 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny .

### **Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Powiat Przasnyski, w imieniu którego występuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu**

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę/zgody na przetwarzanie:

- moich danych osobowych,
  - danych mojego dziecka,
  - danych Wnioskodawcy, którego reprezentuję,
- w celu realizacji dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

\* właściwe zaznaczyć

.....  
*Data i podpis osoby składającej oświadczenie*

#### **Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu**

Na podstawie przepisów 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 (RODO), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych i przysługujących prawach.

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiat Przasnyski /Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
- 2) Dane kontaktowe Administratora Danych Osobowych: PCPR, Budynek Starostwa Powiatowego w Przasnyszu, ul. św. Stanisława Kostki 5, 06-300 Przasnysz, tel. 29 752-25-14 wew. 118 lub 227.
- 3) Inspektorem Ochrony Danych w Starostwie Powiatowym w Przasnyszu jest Pan Arkadiusz Bloch. Kontakt z nim możliwy jest pod numerem telefonu 502-198-738 lub adresem e-mail: iod@przasnysz.dss-rodz.pl.
- 4) Pani/Pana dane osobowe, przetwarzane są w celu realizacji dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych, finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w oparciu o przepisy prawa tj.:
  - a. ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2018, poz. 511 ze zm.)
  - b. rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiat, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015r. poz. 926).
- 5) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane w ograniczonym zakresie mogą być również przekazane podmiotom realizującym zadania na rzecz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
- 6) Czas przechowywania Pani/Pana danych osobowych jest określony prawem, zgodnie z przepisami kancelaryjno – archiwalnymi Administratora, oraz Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane i czasie wskazanym przepisami prawa.
- 7) Każdej osobie, której dane przetwarzane są w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, przysługuje prawo do: dostępu do danych, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, oraz usunięcia jeśli pozwalają na to przepisy prawa.
- 8) W przypadku przetwarzania danych osobowych w oparciu o „Wyrażenie Zgody”, informujemy że zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 9) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
- 10) Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami prawa jest konieczne do realizacji ustawowych celów i zadań Administratora. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania. W pozostałych przypadkach podanie danych jest dobrowolne.
- 11) Administrator danych nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 12) Podanie danych nie skutkuje zautomatyzowaną oceną czynników osobowych i tym samym nie podlega profilowaniu.
- 13) Administrator danych dokłada wszelkich starań, aby zapewnić odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.

**Załącznik Nr 3 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.**

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**Zaświadczenie wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Przasnyszu – dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko .....

PESEL.....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

Choroby współistniejące.....

.....

.....

**Zachodzi\*/ nie zachodzi\* potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu  
sprzętu (wymienić jakiego) .....**

.....

**Jeżeli zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych, to proszę uzasadnić:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęćka i podpis  
lekarza specjalisty)

**\*Niewłaściwe skreślić**

## Załącznik Nr 4 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY o posiadaniu środków na wkład własny

( dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON )

dla : Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu w celu dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Niniejszym oświadczam, że Ja .....

( imię i nazwisko )

.....  
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wymaganej zasadami zadania.

**Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że maksymalna wysokość dofinansowania ze środków PFRON wynosi 80 % kosztów uznanych przez PCPR.**

**Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

.....  
(data i podpis wnioskodawcy/ pełnomocnika  
/ przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego )