Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nr kolejny wniosku data złożenia kompletnego wniosku

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków PFRON do sprzętu rehabilitacyjnego**

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

**Imię i nazwisko ................................................................................................................................**

**Adres zamieszkania ........................................................................................................................**

**PESEL ...............................................................................................................................................**

**Numer telefonu ................................................................................................................................**

**Numer i nazwa konta bankowego ……………………………………………………………………....**

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY**

**Imię i nazwisko ................................................................................................................................**

**Adres zamieszkania ........................................................................................................................**

**PESEL ...............................................................................................................................................**

**Numer telefonu ................................................................................................................................**

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPOWIEDNIK1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Pierwsza grupa (znaczny stopień niepełnosprawności) |  |
| 2. | Druga grupa (umiarkowany stopień niepełnosprawności) |  |
| 3. | Trzecia grupa (lekki stopień niepełnosprawności) |  |
| 4. | Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością |  |

**SYTUACJA ZAWODOWA:**

 Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą

 Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca

 Bezrobotny poszukujący pracy

 Rencista poszukujący pracy

 Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy

 Dzieci i młodzież do lat 18  Inne / jakie?

**1 wstawić X w odpowiednim miejscu**

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODU**

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: ................**

**OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **IMIĘ I NAZWISKO** | **STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA** | **DOCHÓD MIESIĘCZNY NETTO** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |

**INFORMACJE O PLANOWANYM PRZEDSIĘWZIĘCIU**

**Przedmiot dofinansowania .............................................................................................................**

**………………………………………………………………………………………………………………**

**Uzasadnienie wniosku ....................................................................................................................**

**...........................................................................................................................................................**

**.............................................................................................................................................................**

**............................................................................................................................................................**

**Przewidywany koszt realizacji zadania .......................................... zł**

**Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON – (max. do 80% wartości przedmiotu: ....................................................... zł**

**Wkład własny Wnioskodawcy (min. 20%) ………………………………………… zł**

**DOTYCHCZASOWE KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data przyznania dofinansowania** | **Numer zawartej umowy** | **Cel** | **Kwota** | **Stan rozliczenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

- Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 100 z późniejszymi zmianami),

-Zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza (wypełnione czytelnie i w języku polskim), o konieczności zastosowania danego sprzętu rehabilitacyjnego w warunkach domowych **(Załącznik nr 1).**

**Oświadczenie:**

1. Przyjmuję do wiadomości, że administratorem zebranych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kościerzynie, przy ul. Krasickiego 4.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do sprzętu rehabilitacyjnego zgodnie z art. 35 a ust. 1 pkt 7c ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. 2023 r. poz. 100 ze zmianami).
3. Oświadczam, że znam prawo do wglądu, zmiany i żądania zaprzestania przetwarzania swoich danych.
4. Podanie danych jest dobrowolne.
5. Oświadczam, iż nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
6. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny (tj. Dz. U. z 2022 r., poz. 1138 ze zmianami) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
7. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

**………………………………. ………………………………………..**

 Miejscowość i data Podpis Wnioskodawcy, opiekuna

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA KLIENTÓW**

Szanowni Państwo, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanego dalej RODO. informujemy, iż:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kościerzynie, ul. Krasickiego 4, 83-400 Kościerzyna**

2) Powołaliśmy Inspektora Ochrony Danych Pana Mateusza Zarychtę, z którym można kontaktować się pod adresem e-mail: iod@epomerania.pl lub telefonicznie pod numerem tel.: 505-540-306

3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań PCPR w Kościerzynie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

4) Odbiorcami danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa np. sądy, Policja, ZUS, organ prowadzący i nadzorujący, a ponadto firmy zewnętrzne świadczące nam usługi lub inne podmioty, którym administrator powierzy przetwarzanie danych osobowych.

5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okresy wynikające z przepisów prawa oraz będą archiwizowane zgodnie z regulacjami obowiązującymi w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kościerzynie.

7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.

8) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do UODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

9) Podanie danych osobowych w celu wykonania przez Administratora obowiązku prawnego jest wymogiem ustawowym. W przypadku braku podania danych osobowych realizacja zadania przez PCPR będzie niemożliwa.

10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania. Nie posiadamy również systemu zautomatyzowanego podejmowanie decyzji.

Załącznik nr 1 do formularza wniosku

****