

Załączniki do wniosku:

1. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wnioskodawcy i osób z nim wspólnie zamieszkałych (jeżeli także są osobami niepełnosprawnymi), bądź kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1.01.1998 r. (oryginał do wglądu).
2. Zaświadczenie lekarza specjalisty uzasadniające posiadanie wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego przez wnioskodawcę.
3. Zaświadczenie o dochodach (wszelkie dochody podlegające opodatkowaniu i nie podlegające opodatkowaniu) Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą - dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (zaświadczenie z zakładu pracy, odcinki emerytury, renty bądź decyzje z ZUS o wysokości tych świadczeń) – tylko do wglądu.
4. Kopie decyzji świadczeń pobieranych z MOPS, GOPS, alimenty otrzymywane, alimenty z funduszu alimentacyjnego, wszelkie stypendia – tylko do wglądu.
5. Zaświadczenie z Urzędu Gminy lub Miasta o posiadaniu gospodarstwa rolnego i wysokości dochodu z niego - tylko do wglądu.
6. Dokumenty potwierdzające pobieranie z Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa dopłat Unijnych do posiadanego gospodarstwa rolnego – tylko do wglądu.
7. Oferta handlowa lub faktura pro-forma potwierdzająca koszt sprzętu rehabilitacyjnego.
8. Kopia Postanowienia Sądowego dla wnioskodawców częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionych (oryginał do wglądu).

Informacje dla wnioskodawcy:

1. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przez wnioskodawcę przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
2. Jeżeli wnioskodawca nie może osobiście podpisać wniosku w siedzibie PCPR to podpis składa jego opiekun prawny w oparciu o Pełnomocnictwo udzielone przez wnioskodawcę i poświadczone przez uprawnione organy.
W przypadku osoby małoletniej podpis na wniosku składa jej przedstawiciel ustawowy.

Adnotacje przyjmującego wniosek

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

Opinia o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(data)

.....
(podpis Dyrektora PCPR)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych, w tym danych „szczególnych kategorii”

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie zwanym dalej PCPR, z siedzibą w Starachowicach, w celu realizacji przez PCPR ustawowych zadań dotyczących Pana/Pani osoby lub sprawy, które Pan/Pani przekazał/a nam w składanym wniosku/dokumentacji/oświadczeniu, w tym danych o Pana/Pani stanie zdrowia ,

Ponieważ dane szczególnych kategorii w tym dotyczące zdrowia/inne chronione są szczególnie, musimy prosić Pana/Panią o wyrażenie wyraźnej zgody na ich przetwarzanie.

Prosimy, wyraźnie potwierdzić (postawić znak krzyżyk przy właściwej odpowiedzi), że zgadza się Pan/Pani, abyśmy przetwarzali podane przez Pana/Panią dane, o których mowa wyżej:

NIE

Nie zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane, o których mowa wyżej, w tym dane szczególnych kategorii, w powyżej wskazanych celach.

TAK

Tak, zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane, o których mowa wyżej, w tym dane szczególnych kategorii, w powyżej wskazanych celach.

Klauzula informacyjna:

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

- 1) administratorem Pana/Pani danych osobowych jest PCPR z siedzibą w Starachowicach,
- 2) Powołany został inspektor ochrony danych osobowych, z którym można się kontaktować telefonicznie: 412748806 oraz mailowo: iod@pcpr.starachowice.pl
- 3) Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji przez PCPR ustawowych zadań dotyczących Pana/Pani osoby lub sprawy na podstawie Pana/Pani zgody (podstawa z art.6 ust.1 RODO),
- 4) odbiorcą Pana/Pani danych osobowych będą pracownicy PCPR\członkowie komisji ds. rozpatrywania wniosków,
- 5) Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do celów realizacji Pana/Pani sprawy oraz wymagany prawem okres archiwizacji dokumentów,
- 6) posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, a także otrzymania kopii 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 PUODO gdy uzna, iż przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 8) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia sprawy, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa jej wszczęcia.

.....
data

.....
czytelny podpis

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO
CENTRUM POMOCY RODZINIE
(dla celów dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków PFRON)**

Nazwisko Imię.....

PESEL.....

Seria i nr dowodu osobistego.....

Adres zamieszkania.....

Przedmiot dofinansowania:(odpowiednie zaznaczyć)

- 1. rowerek rehabilitacyjny stacjonarny
 - 2. rotor
 - 3. rękaw rehabilitacyjny
 - 4. orbitrek
 - 5. steper
 - 6. bieżnia
 - 7. inne(
- jakie):.....

Opis schorzenia podstawowego:.....

.....

Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego:

TAK NIE

Czy istnieją przeciwwskazania do stosowania wnioskowanego sprzętu:

TAK NIE

Uzasadnienie konieczności zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze względu na potrzeby wynikające z niepełnosprawności. W jaki sposób wnioskowany sprzęt wpłynie na poziom funkcjonowania, jakość życia i integrację społeczną osoby niepełnosprawnej.

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

.....
(data)

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