

**Adnotacje przyjmującego wniosek:**

I. Ocena zasadności wniosku

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

.....  
(data i podpis)

II. Opinia Komisji ds. likwidacji barier

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

.....  
(data i podpis)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....  
(data i podpis)

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Kopia ważnego orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o niepełnosprawności wnioskodawcy i osób z nim wspólnie zamieszkałych (jeżeli są osobami niepełnosprawnymi i zostali wpisani do wniosku), bądź kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1.01.1998r. (oryginał do wglądu).
2. Informacja 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 ZUS o wysokości tych świadczeń). Kopie decyzji o pobieranych świadczeniach z MOPS, GOPS, alimentach otrzymywanych, alimentach z funduszu alimentacyjnego, wszelkie stypendia otrzymane - tylko do wglądu.
3. Oferta cenowa ze sklepu dotycząca wnioskowanego przedmiotu.
4. Postanowienie Sądowe lub pełnomocnictwo poświadczane przez uprawnione organy w przypadku gdy wnioskodawca sam nie podpisuje wniosku.
5. Klauzula informacyjna (załącznik nr 1)
6. Aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty na podanym w załączeniu wzorze (załącznik nr 2).

**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 likwidacji barier technicznych ze środków PFRON)**

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

Seria i nr dowodu osobistego.....

Adres zamieszkania .....

**I. Przedmiot dofinansowania: (odpowiednie zaznaczyć):**

- 1. zakup łóżka rehabilitacyjnego z wyposażeniem**
- 2. zakup pompy insulinowej**
- 3. zakup pralki automatycznej**
- 4. inny (jaki?).....**

**II. Opis schorzenia podstawowego:.....**

.....

**III. Zdolność poruszania się wnioskodawcy (osoba leżąca, osoba porusza się na wózku inwalidzkim, osoba niewidoma, wnioskodawca bez kończyn górnych lub z dysfunkcją kończyn górnych uniemożliwiająca wykonywanie podstawowych czynności, osoba porusza się przy pomocy protezy lub inne)**

.....

.....

(własnoręczny wpis lekarza specjalisty wybrany z powyższych dysfunkcji)

**IV. Uzasadnienie potrzeby likwidacji bariery technicznej.....**

.....

.....

.....

.....

.....

Data.....

.....  
pieczęćka i podpis lekarza specjalisty