……. ……..,dnia……

(Imię i nazwisko Wnioskodawcy) (miejscowość)

…….

(Adres zamieszkania)

…….

Oświadczam, że:

1. nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/(am) stroną umowy zawartej z Funduszem, którą rozwiązano z przyczyn leżących po mojej stronie;
2. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego;
3. zostałem/(am) poinformowany/(na), że wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu planu środków PFRON na bieżący rok i zatwierdzeniu go przez Radę Powiatu Łaskiego;
4. zostałem/(am) poinformowany/(na), że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON;

Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.; zwany dalej: k.k.), za złożenie fałszywego oświadczenia.

……

(czytelny podpis Wnioskodawcy* / Przedstawiciela ustawowego*/ Opiekuna prawnego* / Pełnomocnika*)

Załączniki do wniosku:

- kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność lub orzeczenie o niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia (oryginał do wglądu),
- kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą,
- w przypadku ustanowienia przez Sąd prawnego opiekuna – zaświadczenie Sądu,
- aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu,
- zaświadczenie lekarskie, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu (Załącznik nr 1)
- zaświadczenie o wysokości dochodu netto wnioskodawcy i osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe, obliczonego za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
- zaświadczenia kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy,
- 2 oferty cenowe wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego

Obowiązek informacyjny dotyczący przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Łasku

Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (zwane dalej Rozporządzeniem) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łasku z siedzibą przy ul. 9 Maja 33, 98-100 Łask, tel. 43 675 37 49.

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować: telefonicznie dzwoniąc pod nr tel. 43 675 37 49, pocztą email: iod.pcprlask@op.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:
a) wypełniania obowiązku ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie na podstawie art. 6 ust.1 lit. c Rozporządzenia;
b) wykonywanie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia.

4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom (procesorom) lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych mogą być:
a) inne podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;
b) inne podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. Podmioty przetwarzające).

5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt. 3 celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.

6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora przysługuje Pani/Panu:
a) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
b) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia
c) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;
d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
e) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia;
f) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia;
g) w przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust.1. lit. a Rozporządzenia), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia.

…… (data)

…… (czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

** niepotrzebne skreślić*

……

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Załącznik nr 1

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
lekarza specjalisty

Imię i nazwisko Wnioskodawcy
.....

Data urodzenia …….…… PESEL ……

Adres zamieszkania
……..……...

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji *(właściwe zaznaczyć)*:

☐ dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
☐ inna dysfunkcja narządu ruchu *(wpisać jaka)*
.....
.....

☐ dysfunkcja narządu słuchu
☐ dysfunkcja narządu mowy
☐ dysfunkcja narządu wzroku
☐ upośledzenie umysłowe
☐ inne *(wpisać jakie)*
☐ choroba psychiczna
☐ epilepsja
☐ schorzenie układu krążenia

.....
.....

Stwierdzam konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, ze względu na zachodzącą potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu

☐ TAK ☐ NIE

(podać dokładną nazwę zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego):
.....
.....
.....

Stwierdzam brak przeciwskazań medycznych do użytkowania wyżej wymienionego sprzętu przez osobę, której dotyczy zaświadczenie w warunkach domowych.

☐ TAK ☐ NIE

Uzasadnienie konieczności zaopatrzenia w w/w sprzęt rehabilitacyjny:

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

Zaświadczenie wydaje się w celu złożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Łasku w związku z ubieganiem się ww. o dofinansowanie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

……
(data, pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

*Wypełnić czytelnie w języku polskim