DRSON.……………....…/ ………… …………………………………..

 *numer wniosku data wpływu wniosku do PCPR*

**W N I O S E K**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych sprzętu rehabilitacyjnego.**

**I. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek**

…………………………………………………………............................................................

*imię (imiona) i nazwisko*

nr PESEL …………………………….......................................................................................

miejscowość ………………… ulica …………………… nr domu …… nr lokalu…………..

*dokładny adres.*

Kod.. ……-…….…… poczta ………………………… powiat ………...……………………..

 nr tel. …..................................................................................................………………………

**Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika wnioskodawcy:**

…………………………………………………………............................................................

*imię (imiona) i nazwisko*

nr PESEL …………………………………………………………………….……...…………

miejscowość …………………… ulica …………………… nr domu …… nr lokalu………...

*dokładny adres*

kod.. ……-……..… poczta …………………………… powiat …………………………..…..

**II. Przedmiot dofinansowania**

…………………………………………………………….……………..……………..…..……

…………………………………………………………………………….…………..…………

**III. Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, wynosił ……………………… zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ………….…………

**IV. Nazwa banku i numer rachunku bankowego** ………………….........................................................................................................................

 …………………………………………………………………………………………………

1. **Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania (uzasadnienie)**

………………………………………………………………………………….……….…..…

………………………………………………………………………………..………..……….

……………………………………………………………………………….…………..…………………………………………………………………………………………………………

**VI. Przewidywany koszt realizacji zadania** (100%)……………………………….…………

**VII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** □ **TAK** □ **NIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cel dofinansowania**  | **Nr zawartej umowy**  | **Data przyznania dofinansowania** | **Stan rozliczenia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**VIII. Wysokość kwoty Wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu** ………………………………………....………zł

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam,że powyższe dane są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że **nie mam/ mam\*** zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

 ………………………………… ………………………………

 (miejscowość , data) (podpis wnioskodawcy)

**Wymagane załączniki:**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu).
2. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty lub specjalisty, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności (druk w załączeniu).
3. Pełnomocnictwo udzielone przez wnioskodawcę na rzecz pełnomocnika w formie notarialnej (jeżeli dotyczy).

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że

1. *Administratorem przekazanych danych osobowych jest* ***Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie,
ul. Miła 26, 77-100 Bytów;***
2. *Z Inspektorem ochrony danych można kontaktować się e-mailowo:* pod adresem - iod@pcprbytow.pl
3. *Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających
z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;*
4. *Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c 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);*
5. *Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie konsekwencjami określonymi w ustawach wskazanych w pkt 3;*
6. *Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania;*
7. *Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
a także prawo do przenoszenia danych;*
8. *Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;*
9. *Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie i nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.*

..…………………………………. ……………………………………………

(miejscowość data) (podpis wnioskodawcy)