

## UWAGA!

1. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania!
2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przekazanych dla Powiatu Piskiego na bieżący rok i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
3. W przypadku podania przez wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, zobowiązany zostanie on do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych PFRON wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tych środków.

## OŚWIADCZENIE

*Oświadczam, iż zostałem/am/ poinformowany/a/ przez pracowników Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pisz, że składany przeze mnie w dniu dzisiejszym wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zakupu sprzętu rehabilitacyjnego nie jest jednoznaczny z pozytywną decyzją o przyznaniu dofinansowania, a do jego realizacji niezbędne jest podpisanie z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie stosownej umowy i wszelkie zakupy mogą być dokonywane tylko i wyłącznie po dacie podpisania tejże umowy.*

.....  
/data i podpis wnioskodawcy, rodzica/opiekuna/pełnomocnika/

## Załączniki:

1. Kopia orzeczenia o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub równoważne, w przypadku dzieci orzeczenie o niepełnosprawności.
2. Oferty cenowe na sprzęt będący przedmiotem dofinansowania.
3. Zaświadczenie lekarskie uzasadniające konieczność zaopatrzenia we wskazany sprzęt rehabilitacyjny.
4. Inne dokumenty wymagane przez PCPR.

(imię nazwisko)

.....

.....  
(adres)

.....

## OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” dobrowolnie oświadczam, że nie posiadam wnioskowanego sprzętu w miejscu zamieszkania.

.....  
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

.....  
pieczętka ZOZ

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia wydane dla potrzeb PCPR w Pisz**  
**(dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego ze środków PFRON)**

1. Imię i Nazwisko pacjenta.....
2. Adres zamieszkania.....
3. Data urodzenia.....
4. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej  
.....  
.....  
.....  
.....
5. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności  
.....  
.....  
.....  
.....
6. Czy zachodzi potrzeba rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu o który ubiega się wnioskodawca  
☐ TAK                      ☐ NIE
7. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny stosowany do potrzeb wynikających z niepełnosprawności  
.....  
.....  
.....

.....  
(data, podpis i pieczętka lekarza wystawiającego zaświadczenie)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE. L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pisz** (adres: ul. Piaskowa 2, 12-200 Pisz, tel.: 87 425 25 71, e-mail: pcpr@powiat.pisz.pl).
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl) lub pisemnie na adres Administratora.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu w celu rozpatrzenia wniosku i ustalenia prawa do świadczenia w formie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i podjęcia decyzji o wysokości dofinansowania oraz w celu realizacji innych zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4. Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 573 ze zm.) – zwanej dalej Ustawą i Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzaju zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (t.j. Dz.U. z Dz.U. 2015 poz. 926 Podstawą przetwarzania danych jest również art. 6 ust. 1 lit. A, RODO tj. wyrażona przez Państwa zgoda dla kategorii danych osobowych podanych dobrowolnie, to znaczy innych niż wymaganych przepisami prawa dla realizacji świadczenia.
5. Państwa dane będą przechowywane przez okres związany z realizacją świadczeń a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji jednostki.
6. Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym w profilowaniu.
7. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:

prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii

prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;

prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;

prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);

8. Podanie przez Państwa danych osobowych wymaganych dla realizacji świadczenia na podstawie Ustawy jest obowiązkowe – nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Brak przekazania przez Państwa danych osobowych oznaczonych jako dobrowolne pozostaje bez wpływu na rozpatrzenie złożonego wniosku.
9. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez jednostkę umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją przysługujących Państwu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

.....  
( podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego  
opiekuna prawnego\*pełnomocnika\*)