

## OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, iż zostałem/am/ poinformowany/a/ przez pracowników Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pisz, że składany przeze mnie w dniu dzisiejszym wniosek nie jest jednoznaczny z pozytywną decyzją o przyznaniu dofinansowania, a do jego realizacji niezbędne jest podpisanie ze Starostą Piskim stosownej umowy i wszelkie inwestycje (zakupy) mogą być dokonywane tylko i wyłącznie po dacie podpisania tejże umowy.
2. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pisz.
3. Oświadczam, iż posiadam 5 % środków własnych na realizację wnioskowanego zadania.

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

### **UWAGA:**

1. *Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przekazanych dla Powiatu Piskiego na bieżący rok i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.*
2. *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.*

### **Załączniki do wniosku**

1. Kopia orzeczenia o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub równoważne, w przypadku dzieci orzeczenie o niepełnosprawności.
2. Zaświadczenie lekarskie zawierające informację o stanie zdrowia Wnioskodawcy, wydane nie później niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku – załącznik nr 1 do wniosku.
3. Postanowienie dotyczące pełnomocnictwa w przypadku ustanowienia opiekuna prawnego lub pełnomocnika Wnioskodawcy, oryginał do wglądu.
4. Dwie oferty cenowe na przedmiot wniosku.
5. Inne wymagane przez PCPR dokumenty. Inne dokumenty wymagane w zależności od indywidualnej sytuacji wnioskodawcy i rodzaju likwidacji barier (np. zaświadczenie ze szkoły o realizacji obowiązku szkolnego)

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

1. Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

### 2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:
- ☐ na wózku inwalidzkim
- ☐ za pomocą kul, balkoniku, protez lub innych środków pomocniczych
- ☐ inna dysfunkcja narządu ruchu: .....
- ☐ osoba leżąca
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku:
- ☐ osoba niewidoma
- ☐ osoba niedowidząca
- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ dysfunkcja narządu mowy
- ☐ inne (podać jakie) .....

2. Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

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

3. Ze względu na w/w rodzaj niepełnosprawności, osoba niepełnosprawna, wymieniona w pkt 1 posiada / nie posiada\* trudności w komunikowaniu się, porozumiewaniu się, przekazywaniu informacji, polegające na.

.....  
.....

4. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń, sprzętów: .....

.....  
.....

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

.....  
(miejscowość/data)

.....  
(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)

## 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.) – zwaną 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:
  - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii
  - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
  - e) 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\* )