

Nr wniosku ...../.....  
Data wpływu do PCPR w Pabianicach.....

## WNIOSEK

**o przyznanie dofinansowania do zakupu przedmiotów ortopedycznych,  
środków pomocniczych ze środków PFRON**  
(proszę wypełnić drukowanymi literami).

### Dane Wnioskodawcy:

Nazwisko i Imię .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer telefonu .....

Orzeczenie o niepełnosprawności\* / Stopień niepełnosprawności\* .....

Nr PESEL .....

Numer rachunku bankowego .....

### Dane przedstawiciela ustawowego Wnioskodawcy:

Nazwisko i Imię .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL .....

Przedmiot dofinansowania .....

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny **miesięczny** dochód netto rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił ..... zł.

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

**Upierzony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, poinformowany o skutkach wynikających z art. 247 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**

.....  
Data

.....  
Podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

\* właściwe podkreślić

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie posiadam żadnych zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem tego wniosku nie byłem stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....

Data

.....

Podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

# KLAUZULA INFORMACYJNA

## DLA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z POMOCY ŚWIADCZONEJ PRZEZ POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W PABIANICACH

Zgodnie z art. 13 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) oraz na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000)

### informuję, że:

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest DYREKTOR POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W PABIANICACH z siedzibą w Pabianicach, ul. Traugutta 6A, 95-200 Pabianice, adres e-mail: sekretariat@pcpr-pabianice.pl;
- 2) Inspektor Ochrony Danych jest Sylwester Krawczyk, kontakt e-mail: iod@pcpr-pabianice.pl;
- 3) Dane osobowe Pana/Pani będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c ogólnego rozporządzenie o ochronie danych oraz ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r., poz. 1769 z późn. zm.) w celu spełnienia obowiązków prawnych oraz realizowania przez POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W PABIANICACH zadań statutowych;
- 4) Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą upoważnieni pracownicy PCPR oraz podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie PCPR. Przetwarzanie przez podmioty zewnętrzne ma miejsce tylko w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla prowadzenia działalności przez PCPR;
- 5) Dane osobowe Pana/Pani będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji ww. celów, w tym również wypełnienia obowiązku archiwizacyjnego;
- 6) Posiada Pan/Pani prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody (w zakresie danych, do których zgoda była wyrażona);
- 7) Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych;
- 8) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na ww. przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

D Y R E K T O R

Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

mgr Jarosław Grabowski

### Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej:

....., dnia .....

miejsowość

.....

podpis Wnioskodawcy

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach przyznaje dofinansowanie do zakupu

.....

w wysokości.....zł

(słownie złotych .....)

Data .....

Podpis Dyrektora P.C.P.R.

.....

**Wymagane załączniki do wniosku:**

- 1) **kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności** lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
- 2) **oryginalne faktury** określające kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inne dokumenty potwierdzające ten zakup,
- 3) **kopia zrealizowanego zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.

Wniosek zostanie rozpatrzony w ciągu 30 dni od daty jego złożenia w PCPR Pabianice.