

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) (Dz. Urz. UE L z 04.05.2016 r., Nr 119, s. 1), zwanego dalej w skrócie „RODO”, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieliczce z siedzibą przy ul. Niepołomskiej 26G. Dane przetwarzane są w związku z realizacją zadań ustawowych. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie mają prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, a administrator danych osobowych może przekazać dane upoważnionym podmiotom na podstawie przepisów prawa. Podawanie danych osobowych jest obowiązkowe w celu realizacji zadań ustawowych, w innych przypadkach ma charakter dobrowolny.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami udzielania pomocy w ramach zadania.

Oświadczam, że posiadam środki własne na realizację zadania.

Oświadczam, że nie poniosłam/em kosztów na realizację zadania (zakup sprzętu) przed złożeniem wniosku oraz nie poniosę ich do dnia przyznania dofinansowania i podpisania umowy z PCPR w Wieliczce.

Niniejszym oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż zgodnie z art. 10 §1 Kodeksu postępowania administracyjnego przysługuje mi prawo czynnego udziału w każdym stadium postępowania, zapoznania się z materiałem dowodowym a przed wydaniem decyzji wypowiedzenia się i zgłoszenia zastrzeżeń.

ZAŁĄCZNIKI:

- 1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,**
- 2. Zaświadczenie lekarskie (załącznik do wniosku),**
- 3. Oferta cenowa (faktura pro-forma), wystawiona na wnioskodawcę,**
- 4. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego, do wniosku należy załączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowienie opiekuna prawnego,**

.....
miejscość data

.....
podpis Wnioskodawcy

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie²
wydane dla potrzeb PFRON - dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania
kod pocztowy miejscowość nazwa ulicy/miejscowość nr domu/mieszkania

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji wymagającej prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy aktywnym udziale osoby niepełnosprawnej:

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

2. Wykaz sprzętu rehabilitacyjnego, niezbędnego do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy aktywnym udziale osoby niepełnosprawnej:

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

3. Uzasadnienie zakupu wnioskowanego sprzętu – czy wskazany sprzęt jest niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych, mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

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

4. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok).....

.....

² wypełnia lekarz specjalista np.: ortopeda, reumatolog, neurolog, rehabilitacji medycznej