



**4. Przedmiot dofinansowania** (proszę podać nazwę sprzętu)

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

**5. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania** (proszę podać w jaki sposób przedmiot dofinansowania określony powyżej usprawni Wnioskodawcy samodzielne lub sprawniejsze funkcjonowanie, przyczyni się do poprawy funkcjonowania):

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

**7. Przewidywanych koszt realizacji zadania:**

Cyframi:.....

Słownie:.....

**8. Kwota wnioskowanego dofinansowania:**

Cyframi:.....

Słownie:.....

**9. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia.**

L.p.	Numer umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Cel przyznanego dofinansowania	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia dofinansowania
1.					
2.					
3.					
4.					

**Załączniki do wniosku:**

- Kopia orzeczenia o niepełnosprawności** lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu).
- Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, (jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu) **i o potrzebie prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu.**
- Faktura pro forma na wybrany sprzęt lub oferta cenowa sklepu.
- W przypadku, kiedy wniosek składany jest przez pełnomocnika, opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego, kopia Postanowienia Sądu lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza (oryginały do wglądu),
- W przypadku, kiedy osoba niepełnosprawna składająca wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON **nie może podpisać się** na wniosku (lecz mogąca czytać), wtedy należy dołączyć do wniosku:
  - kopię dowodu osobistego Wnioskodawcy (oryginał do wglądu),
  - odcisk atramentowy palca Wnioskodawcy stawianego w miejscu podpisu,
  - czytelny podpis pod odciskiem Wnioskodawcy, złożony przez osobę, która potwierdza że jest to odcisk Wnioskodawcy.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikającej z Kodeksu Karnego ( Dz. U. Nr 88 poz. 553 ze zm.) **O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.**

Wałbrzych dnia.....

.....  
*Podpis osoby niepełnosprawnej  
lub imię i nazwisko opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego*

Data .....

.....  
(podpis osoby przyjmującej wniosek)

### **Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO)

Informujemy, że:

1. Administratorem danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu z siedzibą przy Al. Wyzwolenia 20-24, 58-300 Wałbrzych.
2. Podane dane są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz art. 9 ust. 2 lit. b) RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, które wynikają z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 926 ze zm.).
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu udzielenia dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do kosztów nabycia sprzętu rehabilitacyjnego osobie niepełnosprawnej.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
5. W przypadku przetwarzania danych na podstawie udzielonej zgody, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Pani/Pana dane osobowe będą udostępnione Starostwu Powiatowemu.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą podległy profilowaniu.
8. Podanie danych w związku ze złożeniem wniosku o udzielenia dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do kosztów nabycia sprzętu rehabilitacyjnego osobie niepełnosprawnej, nie jest obowiązkowe, ale jest warunkiem niezbędnym do rozpatrzenia Pani/Pana wniosku. Wynika to stąd, że Administrator może żądać ich podania na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz wydanych do niej przepisów wykonawczych. Podanie danych na podstawie udzielonej zgody jest dobrowolne i ich niepodanie nie ma wpływu na rozpatrzenie Pani/Pana wniosku o udzielenia dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do kosztów nabycia sprzętu rehabilitacyjnego osobie niepełnosprawnej.
9. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z Zarządzeniem Dyrektora nr 35 z dnia 14 grudnia 2010 r.
11. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych u Administratora:  
Adres e-mail: [iod@pcpr.walbrzych.pl](mailto:iod@pcpr.walbrzych.pl)  
Nr telefonu: 698 054 582  
Adres do korespondencji: Al. Wyzwolenia 20 – 24, 58 – 300 Wałbrzych.

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....  
(data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego

Imię i nazwisko.....

zamieszkała (y).....

PESEL.....

Rozpoznanie lekarskie .....

.....

.....

.....

Rodzaj koniecznego sprzętu rehabilitacyjnego ( z wyłączeniem sprzętu leczniczego)

.....

.....

.....

Uzasadnienie konieczności prowadzenia rehabilitacji **w warunkach domowych** przy użyciu w/w sprzętu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)