

MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA:

CEL DOFINANSOWANIA: (uzasadnienie składanego wniosku, opisać w jaki sposób zakup sprzętu umożliwi lub znacznie ułatwi wnioskodawcy rehabilitację w warunkach domowych)

.....

.....

.....

.....

.....

Informacja o korzystaniu przez wnioskodawcę z dofinansowania ze środków PFRON w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia wniosku.

Lp.	Cel dofinansowania	Kwota dofinansowania	Rok przyznania	Rozliczono TAK/NIE*
1.				
2.				
3.				
4.				

OŚWIADCZENIA :

1. Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód¹**, w rozumieniu przepisów oświadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób² we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: _____ zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi _____ .

- Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych lub zatajenia prawdy. Pouczony o odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.
- Oświadczam, że nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz
- Oświadczam, że w ciągu trzech ostatnich lat nie była(e)m stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Oświadczam, że **wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych** przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej w systemach informatycznych, skorowidzach, teczkach osobowych, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych danych osobowych moich i mojej rodziny.
- Potwierdzam uzyskanie informacji:**
 - Administratorem** Pana/Pani danych osobowych **jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej**, z siedzibą w Limanowej przy ul. Józefa Marka 9, adres e – mail: pcpr@powiat.limanowski.pl; numer telefonu: 18 3375826.

¹ Średni miesięczny dochód tzn. dochód w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**

² Średni dochód miesięczny razem podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

- 2) W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej został powołany **inspektor ochrony danych**, z którym można się skontaktować: **mstachowicz25@gmail.com**
- 3) **Ma Pani/Pan prawo** dostępu do swoich danych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, prawo ograniczenia przetwarzania i prawo przenoszenia danych. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeżeli Pana/Pani dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.
- 4) **Dane będą przetwarzane w celu przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zgodnie z ustawą o Rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.**
- 5) **Podstawą prawną przetwarzania Pana/Pani danych** jest art. 6 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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) w zw. z przepisami w/w ustawy.
- 6) Pana/Pani dane nie będą udostępniane odbiorcom innym niż upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
- 7) Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane zgodnie z ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz instrukcją kancelaryjną obowiązującą w PCPR (5 lat; a w przypadku Programu Aktywny Samorząd – 25 lat).
- 8) **Podanie danych jest dobrowolne**, jednakże ich niepodanie uniemożliwi Administratorowi wykonywanie jakichkolwiek działań w odniesieniu do Pana/Pani osoby.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni tut. Centrum.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w informuje, że w przypadku podania informacji niezgodnych ze stanem rzeczywistym wniosek pozostawiony będzie bez rozpatrzenia.

§ 1. Kto w celu uzyskania kredytu, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego przedkłada fałszywe lub stwierdzające nieprawdę dokumenty albo nierzetelne oświadczenia dotyczące okoliczności mających istotne znaczenie dla uzyskania takiego kredytu, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji, lub zamówienia publicznego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 5.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciężeniu na nim obowiązku nie powiadamia właściwego organu lub instytucji o powstaniu okoliczności mogących mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczenie wysokości udzielonego kredytu, gwarancji kredytowej, dotacji subwencji lub zamówienia publicznego.

§ 3. Nie podlega karze, kto przed wszczęciem postępowania karnego dobrowolnie zapobiegł wykorzystaniu kredytu, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego, uzyskanych w sposób określony w § 1 lub 2 (Ustawa z dnia 12.10.1994r o ochronie obrotu gospodarczego i zmianie niektórych przepisów prawa karnego Dz. U. nr 126 poz. 615).

Art. 233. § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. (Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2204 ze zm.)

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis wnioskodawcy /opiekuna prawnego/
pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego

Wymagane załączniki do wniosku:

1. Kserokopię ważnego orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (oryginał do wglądu).
2. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – (oryginał do wglądu) w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu ze wskazaniem sprzętu rehabilitacyjnego wg załącznika
4. Oświadczenie o dochodach we wspólnym gospodarstwie domowym.
5. Oferty cenowe (co najmniej dwóch sprzedawców) wnioskowanego sprzętu lub urządzenia (dopuszcza się ofertę internetową).
6. Przy rozpatrywaniu wniosku bierze się pod uwagę tańszą ofertę cenową.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Nazwisko i imię osoby niepełnosprawnej

PESEL

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia*:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> narząd wzroku | <input type="checkbox"/> układ krążenia |
| <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> narząd słuchu | <input type="checkbox"/> układ oddechowy |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> układ ruchu | <input type="checkbox"/> inne |

Określenie sprzętu rehabilitacyjnego

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

Powyższy sprzęt jest*:

- niezbędny wskazany zbędny

do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

*- właściwie zaznaczyć