

8. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 Kodeksu Karnego za podanie informacji niezgodnych z prawdą, oświadczam, że:

- dane podane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym,
- o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni,
- nie ubiegam, nie ubiegałam/ubiegałem się o dofinansowanie ze środków PFRON na cel, którego dotyczy niniejszy wniosek za pośrednictwem innego samorządu powiatowego,
- nie posiadam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam/byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Data:

.....
podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela
ustawowego, pełnomocnika, opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu dodatkowych danych osobowych tj. daty urodzenia w celu weryfikacji danych, numeru telefonu w celu przekazywania informacji dotyczących prowadzonego postępowania oraz numeru rachunku bankowego w celu przekazania przyznanego dofinansowania.

Zgoda jest wyrażana dobrowolnie i można ją wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Data:

.....
podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela
ustawowego, pełnomocnika, opiekuna prawnego

Klauzula informacyjna

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu, ul. Szaflarska 39, 34-400 Nowy Targ, kontakt mailowy pod adresem: pcpr@nowotarski.pl.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@nowotarski.org.pl
3. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości prawnych zrealizowania Pani/Pana żądania.
4. Dane zgromadzone na podstawie Pani/Pana zgody przetwarzane będą w celu weryfikacji Pani/Pana danych, przekazywania informacji dotyczących prowadzonego postępowania oraz przekazania przyznanego dofinansowania.
5. Ma Pan/Pani prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
6. **Więcej informacji znajduje się na stronie www.pcpr.nowotarski.pl oraz w siedzibie jednostki.**

Załączniki:

1. kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu), w przypadku dzieci do lat 16 - kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
2. kopia dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (w przypadku składania wniosku przez opiekuna prawnego/ pełnomocnika) - oryginał do wglądu,
3. faktura (rachunek uproszczony) określająca kwotę opłaconą przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz uiszczoną kwotę udziału własnego wraz z kserokopią zrealizowanego zlecenia na

zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, potwierdzonego za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie,
albo - w przypadku gdy Wnioskodawca zamierza dokonać zakupu po otrzymaniu z PCPR decyzji przyznającej dofinansowanie - kosztorys wraz z kserokopią zlecenia lekarskiego na wydanie przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, z potwierdzoną przez Narodowy Fundusz Zdrowia i aktualną refundacją.

* Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to suma dochodów wszystkich członków gospodarstwa domowego pomniejszonych o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Uzupełnić tylko w przypadku upoważnienia innej osoby do reprezentowania osoby niepełnosprawnej.

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany/a zam
legitymujący/a się dowodem osobistym Seria Nr
wydanym przez

Upoważniam Pana/Panią

.....zam.....
legitymującego/ą się dowodem osobistym Seria Nr
wydanym przez

do załatwienia formalności związanych z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków PFRON i odbioru przyznanej kwoty dofinansowania w ramach zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu.

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na odbiór informacji o terminie rozpatrzenia wniosku przez w/w upoważnioną osobę.

.....
(podpis osoby niepełnosprawnej)

.....
(podpis osoby upoważnionej)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu, w celu załatwienia formalności dotyczących dofinansowania i odbioru kwoty dofinansowania ze środków PFRON. Zgoda jest wyrażana dobrowolnie i można ją wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
(podpis osoby upoważnionej)

*Niewłaściwe skreślić