

Nr wniosku .....

**WNIOSEK  
O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU  
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY  
DLA OSÓB FIZYCZNYCH**

**1. DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia\*: .....-.....-..... PESEL: .....

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Ulica/nr domu/mieszkania .....

Kod .....-..... Miejscowość ..... tel\*\* .....

**2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO\*\*\***

(WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ, OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA):

Przedstawiciel ustawowy małoletniego  Opiekun prawny  Pełnomocnik

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia: .....-.....-..... PESEL: .....

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Ulica/nr domu/mieszkania .....

Kod.....-..... Miejscowość..... tel\*\* .....

**3. Dane dotyczące planowanego zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:**

Przedmiot dofinansowania (należy podać nazwę urządzenia):

.....  
.....

Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania, - czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu,:

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

**4. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania: .....zł**

**Wysokość wnioskowanego dofinansowania** (do 80% kosztów zadania), nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia ..... zł,  
słownie:.....



## Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych

(Wypełnij kiedy składasz wniosek we własnym imieniu)

1. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie określonym we wniosku w sprawie dofinansowania:

.....  
przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie, przy ul. Pocztovej 43, REGON 811768934, NIP 856-158-02-52 w celu realizacji wniosku o dofinansowanie:

2. Zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych dotyczących mojej osoby w zakresie:

- Stanu zdrowia

- .....

przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie, przy ul. Pocztovej 43, REGON 811768934, NIP 856-158-02-52 w celu realizacji wniosku o dofinansowanie:

4. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....  
(data, czytelny podpis)

---

### Klauzula informacyjna

1. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania dostępnych na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie pod adresem [pcpr.goleniow.ibip.pl](http://pcpr.goleniow.ibip.pl). Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o przysługujących mi prawach w związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia RODO.

2. Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne dostępne na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie pod adresem [pcpr.goleniow.ibip.pl](http://pcpr.goleniow.ibip.pl) przewidziane w art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o dofinansowanie:

.....  
(data, podpis)

**Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych osoby nie będącej właścicielem danych (osoby zależnej, dziecka, podopiecznego)**

(Wypełnij kiedy składasz wniosek w imieniu dziecka lub podopiecznego)

1. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego/mojej.....

(imię, nazwisko dziecka, osoby zależnej, podopiecznego/ej – stopień pokrewieństwa)

w zakresie określonym we wniosku w sprawie dofinansowania:

.....  
przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie, przy ul. Pocztovej 43, REGON 811768934, NIP 856-158-02-52 w celu realizacji wniosku o dofinansowanie:

2. Zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych mojego/mojej

.....  
(imię, nazwisko dziecka, osoby zależnej, podopiecznego/ej – stopień pokrewieństwa)

w zakresie:

- Stanu zdrowia

- .....

.....  
przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie, przy ul. Pocztovej 43, REGON 811768934, NIP 856-158-02-52 w celu realizacji wniosku o dofinansowanie:

3. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....  
(data, czytelny podpis)

---

**Klauzula informacyjna**

1. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania dostępnych na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie pod adresem [pcpr.goleniow.ibip.pl](http://pcpr.goleniow.ibip.pl).

2. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o przysługujących mi prawach w związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia RODO.

3. Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne dostępne na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie pod adresem [pcpr.goleniow.ibip.pl](http://pcpr.goleniow.ibip.pl) przewidziane w art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o dofinansowanie:

.....  
(data, podpis)

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

**ZAŚWIADCZENIE**

lekarza specjalisty, który określi potrzebę zakupu sprzętu rehabilitacyjnego stosownie do potrzeb wynikających z przyczyn niepełnosprawności

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej :

.....  
.....

2. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

.....  
.....

3. Zalecany rodzaj , typ sprzętu rehabilitacyjnego:

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

4. Uzasadnienie że w/w sprzęt rehabilitacyjny jest niezbędny w procesie rehabilitacji i stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności:

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

5. Uzasadnienie potrzeb prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu :

.....  
.....

.....  
(data, pieczęć i podpis lekarza specjalisty)