

pieczęć PCPR w Toruniu

data wpływu do PCPR w Toruniu

WNIOSEK _____ / _____ **r.**

**O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY**

Wnioskodawca (osoba niepełnosprawna dorosła - po 18 roku życia, przedstawiciel ustawowy
w przypadku dziecka - do 18 roku życia)

TAK*	NIE*
pełnomocnik* / opiekun prawny*	

Imię i nazwisko / osoba niepełnosprawna* / opiekun prawny osoby niepełnosprawnej do lat 18*

data urodzenia (dd-mm-rr)

seria i nr dowodu

PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

kod pocztowy

miejsowość

ulica / miejscowość / nr domu / nr lokalu / miejscowość

nr telefonu / nr telefonu osoby do kontaktu (imię i nazwisko)

* wykreślić niepotrzebne

czytelny podpis – imię i nazwisko Wnioskodawcy / pełnomocnika* / opiekuna prawnego**

DANE DZIECKA

Wypełnić w przypadku, gdy wniosek dotyczy dziecka (osoby niepełnosprawnej do lat 18)

imię i nazwisko dziecka

data urodzenia – (dd-mm-rr)

PESEL

czytelny podpis – imię i nazwisko opiekuna prawnego dziecka

DANE DOTYCZĄCE POSIADANEGO ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*

- stopień **Znaczny*** / **I Gr.*** / całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji
- stopień **Umiarkowany*** / **II Gr.*** / całkowicie niezdolny do pracy
- niepełnosprawność osoby **do 16 roku życia***

* właściwe zaznaczyć

(proszę podać **datę ważności** posiadanego orzeczenia, **kod niepełnosprawności**)

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA/REHABILITACJI

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA/KSZTAŁCENIA

PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

PREZWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA WG OFERT CENOWYCH

wartość w zł

Maksymalna wysokość dofinansowania wynosi do 80% wartości zadania, jednakże nie więcej niż do kwoty 3 00,00 zł, przy udziale własnym min. 20 %.

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH

(udzielenia świadczeń z środków PFRON)

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych

1. Informacje dotyczące administratora danych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w procesie zamówień publicznych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Toruniu, ul. Towarowa 4-6, 87-100 Toruń. Administrujący danymi - Dyrektor PCPR w Toruniu.

2. Inspektor ochrony danych

Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania PCPR w Toruniu, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w PCPR w Toruniu za pomocą adresu poczty elektronicznej: agmarkanc@wp.pl

3. Cel i podstawy przetwarzania

Państwa dane będą przetwarzane w celu przyznania wnioskodawcy: dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych, dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, Dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, likwidacji barier architektonicznych, dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, likwidacji barier w komunikowaniu się, dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, likwidacji barier technicznych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa w tym ustawy:

- ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426),
- 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 (Dz.U. 2015 poz.926),
- Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.),
- Ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania, (Dz. U. z 2017 r., poz. 1824), Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. z 2017r. poz. 1061 z późn. zm.). zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody

4. Odbiorcy danych osobowych

- organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa w tym PFRON;
- podmioty z którymi (PCPR) w Toruniu zawarł umowy lub porozumienie na korzystanie z udostępnianych przez nie systemów informatycznych w zakresie przekazywania lub archiwizacji danych. Zakres przekazania danych tym odbiorcom ograniczony jest jednak wyłącznie do możliwości zapoznania się z tymi danymi w związku ze świadczeniem usług wsparcia technicznego i usuwaniem awarii. Odbiorców tych obowiązuje klauzula zachowania poufności pozyskanych w takich okolicznościach wszelkich danych, w tym danych osobowych.

5. Okres przechowywania danych

Przekazane dane osobowe będą przechowywane w różnych okresach czasu w oparciu o Instrukcję Kancelaryjną na podstawie: Ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz Rozporządzenia Ministra Kultury z dnia 16 września 2002 r. w sprawie postępowania z dokumentacją, zasad jej klasyfikowania i kwalifikowania oraz zasad i trybu przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych. Ponadto w innych przypadkach dane osobowe będą przechowywane przez okres 6 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych lub po ewentualnym odwołaniu zgody, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących administratorowi danych oraz zgodnie z wymogami innych ustaw.

6. Prawa osób, których dane dotyczą

Mają Państwo prawo do:

- dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
- ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- usunięcia danych osobowych;
- wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).

7. Przysługujące Państwu uprawnienia związane z przetwarzaniem danych osobowych

W odniesieniu do danych pozyskanych w związku z prowadzonym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego przysługują Państwu następujące uprawnienia:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
- prawo do ograniczenia przetwarzania danych, przy czym przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego praw;
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Aby skorzystać z powyższych praw, należy się skontaktować z nami lub z naszym inspektorem ochrony danych (dane kontaktowe zawarte są w punktach 1 i 2).

8. Obowiązek podania danych

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych w prawnie wymaganym zakresie jest dobrowolne, ale brak podania danych może skutkować odmową przyznania wnioskowanych świadczeń.

9. Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy

Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej

10. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

czytelny podpis – imię i nazwisko Wnioskodawcy* / pełnomocnika* / opiekuna prawne

stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

miejsce, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Toruniu
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Data urodzenia: _____ PESEL _____

Adres: _____

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej _____

2. Opis rodzaju schorzenia _____

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

4. Używany do tej pory sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

5. Wskazania do rehabilitacji (wymienić na jakim sprzęcie)

6. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych
przy użyciu tego sprzętu?

- Tak
 Nie

Pieczętka i podpis lekarza specjalisty