**OŚWIADCZENIE**

***Oświadczam, że:***

1. Posiadam środki własne pozyskane z innych źródeł, nie pochodzące ze środków PFRON na pokrycie różnicy pomiędzy dofinansowaniem ze środków PFRON, a ceną rzeczywistą sprzętu rehabilitacyjnego.
2. Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Nie ubiegam się i nie będę w danym roku kalendarzowym ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny za pośrednictwem innego samorządu powiatowego.

***Przyjmuję do wiadomości:***

1. Dofinansowanie będzie przyznane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu brzozowskiego na dany rok i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy na dofinansowanie.
3. Dofinansowanie ze środków PFRON wynosi do wysokości 80% wartości sprzętu
4. W danym roku kalendarzowym Wnioskodawca może uzyskać dofinansowanie do jednego urządzenia
5. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem. Nie gwarantuje też, że kwota przyznanego dofinansowania będzie równa oczekiwanej przez Wnioskodawcę.

**Informacja o rachunku bankowym Wnioskodawcy**

Właściciel rachunku bankowego (imię i nazwisko, adres) …..…………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

Nazwa banku ……………………………………………………………………………………

Nr rachunku bankowego:



…………………………………. ……………..……………………………………

 (Miejscowość, data) podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/ pełnomocnika

**KLAUZULA  INFORMACYJNA**

Zgodnie art. 13 ust. 1 i 2 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 (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych w zakresie **rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych** jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie (PCPR Brzozów) mające swoją siedzibę przy ul. 3 Maja 51, 36-200 Brzozów. (Nr telefonu kontaktowego - tel./fax (013) 434 20 45, (013) 434 47 56, adres poczty elektronicznej email: pcpr@powiatbrzozow.pl)
2. Pozyskane dane osobowe  przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa wynikającego z art. 6 ust.1 lit a, b i c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO – (tj. na podstawie udzielonej zgody, zawartych umów oraz przepisów szczególnych: ustawy o pomocy społecznej, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (tj. realizacji zadań wynikających z zakresu statutowej działalności instytucji, bądź zawartych umów).
4. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane osobowe dotyczą, podanie przez klientów PCPR Brzozów danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.

Natomiast w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa podanie danych osobowych do spełnienia w/w celu jest obowiązkowe.

W obu przypadkach konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania administracyjnego i realizacji ustawowych zadań ciążących na administratorze.

1. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, wynikające z przepisów prawa zawartych w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt obowiązującym w PCPR Brzozów, przez okres wymagany w związku z kategorią archiwalną. Ponadto okres przechowywania może się wydłużyć np. z uwagi na obowiązki dochodzenia roszczeń.
2. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym na podstawie umowy powierzenia.
3. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO.
4. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne.
5. Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody, a nie np. na podstawie przepisów uprawniających administratora do przetwarzania tych danych to przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem.
6. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych)*, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
7. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

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

 (miejscowość i data) (podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*

 opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*)

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art.5 lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed dniem 1 stycznia 1998 r. **(oryginał do wglądu);**
2. Aktualne zaświadczenie wydane przez **lekarza specjalistę lub rehabilitanta**, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych na wskazanym sprzęcie.
3. Oferta handlowa sprzętu rehabilitacyjnego np. kosztorys ofertowy, faktura PROFORMA, (zawierająca cenę oraz opis techniczny wnioskowanego sprzętu);
4. Postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (w przypadku, gdy Wnioskodawca jest osobą ubezwłasnowolnioną);
5. Upoważnienie/pełnomocnictwo potwierdzone notarialnie (w przypadku, gdy w imieniu Wnioskodawcy występuje upoważniany lub jego pełnomocnik);
6. Dokumenty potwierdzające dochody (netto) Wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkujących prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z Wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (np. decyzja ZUS, decyzja MOPS, zaświadczenie z zakładu pracy, zaświadczenie z urzędu pracy) (do wglądu).

 \* właściwe zaznaczyć

**Sprzęt rehabilitacyjny to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.**

|  |
| --- |
| **UPOWAŻNIENIE**W nawiązaniu do wniosku dotyczącego dofinansowania sprzętu rehabilitacyjnego, oświadczam, że wyrażam zgodę na reprezentowanie mnie w ww. sprawie przez:………………………………………………………………………………………… (imię i nazwisko osoby upoważnionej)………………………………………………………………………………………… (PESEL osoby upoważnionej)w zakresie: złożenia wniosku, doniesienie i odbiór dokumentów, odbiór umowy/aneksu do podpisu.  …….....………………………… (podpis Wnioskodawcy)   |

**SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINASOWANIA**

(wypełnia sprzedawca/dostawca*)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia**  | **Orientacyjna cena** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| **RAZEM:** |  |

 ……………………….. ……………………………………..

 (miejscowość, data) ( pieczątka i podpis Sprzedawcy/Dostawcy)

***Wypełnia lekarz specjalista/rehabilitant***

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

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych**

**na wskazanym sprzęcie**

*(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)*

Imię i nazwisko:……. .....................................................................................................

PESEL |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adres zamieszkania: ........................................................................................................

Posiada dysfunkcje narządu ruchu (określić jakie) lub inne schorzenia:

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

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

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

W/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie :

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

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

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

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny :

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

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

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

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