

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla potrzeb ubiegania się przez osoby niepełnosprawne
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Pan /Pani..... urodzony/a dnia.....

Zamieszkały/a

Rodzaj schorzenia (posiada dysfunkcje narządu ruchu – określić jakie)

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

Stwierdza się, że w/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie :

.....
.....

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:

.....
.....

Stwierdza się, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy
użyciu powyższego sprzętu rehabilitacyjnego.

.....

(miejsowość, data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

KLAUZULA INFORMACYJNA

zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu (PCPR) jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu reprezentowane przez Kierownika z siedzibą przy ul. 1 Maja 4; 39-400 Tarnobrzeg, dane kontaktowe; kierownik@pcprtarnobrzeg.pl
2. Dane kontaktowe do Inspektora ochrony danych osobowych: 15 822 39 22
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zadań i obowiązków nałożonych na Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6. ust 1 lit a, c i lit e, art. 9 ust 2 lit. a, b, g RODO tj. wypełnienie obowiązków prawnych, realizacja umów lub zgoda osoby, której dane dotyczą.
5. Odbiorcami danych osobowych w posiadaniu których jest/będzie PCPR mogą być wyłącznie podmioty i inne organy publiczne które posiadają dostęp do danych na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących.
6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Dane osobowe będą przechowywane wyłącznie przez okres do osiągnięcia celu przetwarzania oraz okres archiwizacji wymagany dla danej kategorii danych przez obowiązujące przepisy prawa.
8. Osoba, której dotyczą dane osobowe ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych jeżeli zachodzą przesłanki do tych uprawnień i nie są ograniczone poprzez inne przepisy prawne.
9. Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody przysługuje także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed cofnięciem.
10. Osoba, której dotyczą dane osobowe ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna, że przetwarzanie danych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. W zależności od rodzaju załatwionej sprawy w PCPR podanie danych osobowych może być wymogiem ustawowym, warunkiem umownym, warunkiem zawarcia umowy, dobrowolnie wyrażoną zgodą.
12. W sytuacji gdy podanie danych jest obowiązkowe do załatwienia określonej kategorii spraw, konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości podjęcia skutecznych działań.
13. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również nie będą podlegać profilowaniu.

Potwierdzam zaznajomienie się z powyższą klauzulą

.....
(czytelny podpis)

INFORMACJA

o przeciętnym miesięcznym dochodzie w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszonym o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych 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.**

Nazwisko i imię

.....
(osoby niepełnosprawnej)

Adres zamieszkania

.....
(miejscowość, ulica, numer domu)

I. Dane dotyczące niepełnosprawnego (wnioskodawcy) o osiągniętych przez niego średnich miesięcznych dochodach za kwartał 20.... rok.:

1. wynagrodzenie – średni miesięczny dochód za kwartał 20.... rok. -..... zł.
2. emerytura-renta – średni miesięczny dochód za kwartał 20....rok. -..... zł.
3. dochód rolny (liczba ha przeliczeniowych x 462,42 zł)
4. inne (alimenty, zasiłki, itp.)

II. Dane dotyczące członków rodziny niepełnosprawnego pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym:

Pokrewieństwo	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Przeciętny <u>miesięczny</u> dochód netto w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
			rodzaj dochodu	wysokość

Średni miesięczny dochód na 1 członka rodziny za kwartał 20.... rok

wynosi:..... zł

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)