

WNIOSEK

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

--

NUMER SPRAWY	RIS.701.	.2022
---------------------	-----------------	--------------

DANE DOTYCZĄCE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

IMIĘ	
NAZWISKO	
PESEL	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	
NR TELEFONU	

DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/ OPIEKUNA PRAWNEGO/ PEŁNOMOCNIKA

IMIĘ	
NAZWISKO	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	
NR TELEFONU	
Przedstawiciel ustawowy na podstawie Aktu urodzenia dziecka nr: z dnia:	
Przedstawiciel ustawowy na podstawie Postanowienia Sądu sygn. Akt: z dnia:	
Opiekun prawny na podstawie Postanowienia Sądu sygn. Akt: z dnia:	
Pełnomocnik na mocy Pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza repet. nr: z dnia:	

PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA, MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA I CEL DOFINANSOWANIA

--



1. Administrator danych osobowych

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie reprezentowane przez Dyrektora, adres: Brzeziny, ul. Konstytucji 3 Maja 3/5, e-mail: pcpr.brzeziny@poczta.fm.

2. Inspektor Ochrony Danych.

Może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez nas Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej adres e-mail: iodo@spotcase.pl z dopiskiem „PCPR Brzeziny” lub pisemnie na adres administratora.

3. Podstawy prawne, cel przetwarzania.

- Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c RODO - przetwarzanie w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO - przetwarzanie w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, w związku z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, art.6 ust.1 lit. f RODO - ewentualnego ustalenia, dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami, a także w celach dowodowych, w ramach sprawowania wymiaru sprawiedliwości przez sądy, będących realizacją prawnie uzasadnionego interesu Administratora. W przypadku danych, których obowiązek podania nie wynika z przepisu prawa, Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie zgody - w celu wynikającym z treści wniosku/w celu ułatwienia kontaktu. W każdej chwili przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

4. Odbiorcy danych.

Odbiorcą danych Pani/Pana osobowych mogą być 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, podmioty, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).

5. Przekazywanie danych osobowych poza EOG.

Administrator nie przekazuje danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy.

6. Okres przechowywania danych osobowych.

Pani/Pana dane przechowywane będą do czasu realizacji celów przetwarzania oraz zgodnie z Powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w tym zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy kompetencyjne i ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, w tym Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

7. Prawa osób, których dane dotyczą.



PCPR BRZEZINY

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.

Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do PUODO (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa),

8. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych.

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych gromadzonych w dokumentacji jest wymogiem ustawowym. Brak podanie danych uniemożliwi rozpatrzenie wniosku. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą.

9. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji.

Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

DATA WYPEŁNIENIE WNIOSKU

.....

PODPIS WNIOSKODAWCY

.....

Upoważniony/na do podpisu na podstawie:	Numer, z dnia

Pieczątką zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej
--



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (WYPEŁNIAĆ W JĘZYKU POLSKIM)

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL ALBO NUMER DOWODU TOŻSAMOŚCI

ADRES (MIEJSCE POBYTU)

ROZPOZNANIE CHOROBY ZASADNICZEJ

.....

RODZAJ SCHORZENIA LUB DYSFUNKCJI:

WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ X

DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU

pieczętka i podpis lekarza

DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU/MOWY

pieczętka i podpis lekarza

DYSFUNKCJA NARZĄDU WZROKU

pieczętka i podpis lekarza

INNE (JAKIE?)

pieczętka i podpis lekarza

PACJENT WYMAGA REHABILITACJI W WARUNKACH DOMOWYCH PRZY UŻYCIU NASTĘPUJĄCEGO SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

.....
.....

DATA: