

Powiat Łódzki Wschodni  
 Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łodzi

Wniosek przyjęto w PCPR w dniu ..... nr .....
--

## WNIOSEK

**Osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

### 1. Informacje o wnioskodawcy

**IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY:** .....  
 (imię i nazwisko – drukowanymi)

**PESEL**   

**NIP**           -    -   -

**Data urodzenia:**    rok ..... miesiąc ..... dzień .....

**Adres stały:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Kod pocztowy			Ulica	Nr	Powiat	Województwo /Gmina	
Nr tel. : kierunkowy: ..... tel. : .....								

**Adres tymczasowy (od kiedy):** .....

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Kod pocztowy			Ulica	Nr	Powiat	Województwo /Gmina	
Nr tel. : kierunkowy: ..... tel. : .....								

### 2. Cel dofinansowania

.....

.....

.....

.....

.....

**3. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym**

Oświadczam, iż pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobami (łącznie ze mną – podać liczbę osób).....

Oświadczam, że średni miesięczny dochód na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy wynosi..... słownie:.....

**4. Stopień niepełnosprawności**

<b>1. Czasowy</b> <input type="checkbox"/> do kiedy: rok.....miesiąc.....	<b>2. Trwały</b> <input type="checkbox"/>	<b>3. Niepełnosprawność dziecka</b> <input type="checkbox"/> do: rok.....miesiąc.....
<b>4. Znaczny</b> <input type="checkbox"/>	<b>5. Umiarkowany</b> <input type="checkbox"/>	<b>6. Lekki</b> <input type="checkbox"/>

**5. Informacje o przedmiocie wniosku**

1. Miejsce realizacji zadania .....
2. Przewidywany koszt realizacji zadania.....  
.....
3. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania .....
4. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

Kwota	Źródło finansowania

5. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania .....
6. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu .....



**Adres tymczasowy:**

			-						
Miejscowość	Kod pocztowy				Ulica	Nr	Powiat	Województwo /Gmina	
Nr tel. : kierunkowy: ..... tel. : .....									

-----  
(miejsce i data)

-----  
(podpis)

Potwierdzam kompletność złożonego wniosku wraz z załącznikami

Pieczętka PCPR	data ..... (pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR, podpis:.....
----------------	---

**Braki do uzupełnienia (wymienić jakie)**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

Termin uzupełnienia braków .....

Przyjąłem do wiadomości:

-----  
(podpis wnioskodawcy)

-----  
(podpis pracownika PCPR)

**Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:**

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, bądź niepełnosprawności</li> <li>2) oświadczenia o dochodach – w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszonych o obciążenie zaliczką na podatek dochodowych od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych</li> <li>3) oświadczenie wyrażające zgodę na przetwarzanie danych osobowych</li> <li>4) potwierdzenie źródeł finansowania zadania</li> </ol> |
|--|

Imię i nazwisko.....

Adres: .....

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Nr

Województwo/Gmina

## Oświadczenie

Oświadczam, że na dochód – w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszonych o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych w naszej rodzinie prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe składają się:

Lp.	Źródło dochodu:	Wysokość:
1.	Wynagrodzenie z tytułu pracy (w tym z umowy zlecenie, o dzieło itp.)	
	- wnioskodawcy	
	- współmałżonka	
	- innych	
2.	Emerytura, renta	
3.	Zasiłki:	
	- rodzinne	
	- pielęgnacyjne	
	- inne	
4.	Alimenty:	
	- alimenty otrzymywane - alimenty płatne na zewnątrz	
5.	Dochody z działalności gospodarczej	
6.	Dochody z gospodarstwa rolnego	
7.	Dochody uzyskiwane z majątku (np. dzierżawa, wynajem i inne)	
8.	Inne	

**Pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233KK potwierdzam prawdziwość złożonego oświadczenia**

.....  
(nazwisko, imię, stanowisko pracownika  
przyjmującego oświadczenie oraz jego podpis)

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

Łódź.....

data (dzień – miesiąc - rok)

### Art. 233 Kodeksu Karnego

**§1** Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat pięciu.

**§11** Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie działając w zakresie swych uprawnień uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

Imię i nazwisko

data .....

.....

pesel

.....

### OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o dofinansowanie ..... w procesie realizacji przedmiotowego zadania.

1. Przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji wniosku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 dyrektyw 95-46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1) oraz ustaw wynikających z realizacji zadań PCPR.
2. Moje dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z instrukcji kancelaryjnej.

Podpis wnioskodawcy / pełnomocnika

.....

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., informuję, że:

**1. Administratorem danych osobowych jest:**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
Al. Piłsudskiego 133 d, lok. 214  
92-318 Łódź

**2. Inspektorem Danych Osobowych jest:**

Beata Grzesiak – Młynarczyk  
42 676 34 87

[beata.grzesiak@lodzkiwschodni.pl](mailto:beata.grzesiak@lodzkiwschodni.pl)

3. Osoba, która powierzyła swoje dane osobowe PCPR posiada prawo do: dostępu treści swoich danych i ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia, przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie.
4. Osoba, której PCPR powierza dane osobowe ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych naruszyłoby przepis ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
5. Podanie danych osobowych jest obowiązkiem osoby ubiegającej się o pomoc w PCPR, konsekwencją nie podania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia i udzielenia ewentualnej przysługującej pomocy.