

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PCPR w zakresie niezbędnym do realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r. poz. 1781).

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. 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) (Dz. Urz. UE L z 04.05.2016 r., Nr 119, s. 1), zwanego dalej w skrócie „RODO”, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieliczce z siedzibą przy ul. Niepołomskiej 26G. Dane przetwarzane są w związku z realizacją zadań ustawowych. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie mają prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, a administrator danych osobowych może przekazać dane upoważnionym podmiotom na podstawie przepisów prawa. Podawanie danych osobowych jest obowiązkowe w celu realizacji zadań ustawowych, w innych przypadkach ma charakter dobrowolny.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnej z prawdą, wynikającej z art. 233 § 1,2 i 3 Kodeksu Karnego. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

Wymagane załączniki do wniosku :

1. kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawność,
2. kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, potwierdzona za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie (sklep) wraz z fakturą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup,
LUB
3. kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji,
4. kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekunów prawnych,

.....
**czytelny podpis Wnioskodawcy
(przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika)**