



Data wpływu

Nr wniosku: PFRON/...../..... /...../ 2022

WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub jej pełnomocnik, a w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny, proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK :

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: ____ - ____ - ____ PESEL: ____

ADRES ZAMIESZKANIA:

Kod-..... Poczta:..... Miejscowość

Ulica: nr domu/mieszkania

ADRES DO KORESPONDENCJI: (wypełnić, jeżeli jest inny niż zamieszkania)

Kod-..... Poczta:..... Miejscowość:

Ulica: nr domu/mieszkania:

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO*

(WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ, OPIEKUNA PRAWNEGO* LUB PEŁNOMOCNIKA*:

Imię i nazwisko: PESEL: ____

ADRES ZAMIESZKANIA* (gdy jest inny niż Wnioskodawcy):

Kod-..... Poczta:..... Miejscowość:

Ulica: nr domu/mieszkania:

1) Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia
sygnatura akt

2) Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa z dnia

3. POSIADANE ORZECZENIE**

a) Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności:

stopień znaczny, stopień umiarkowany, stopień lekki, niepełnosprawność osoby do 16 r.ż.

b) ZUS: całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji (I gr.) całkowicie niezdolny do pracy (II gr.)
 częściowo niezdolny do pracy (III gr.)

c) KRUS: (wydane przed 01.01.1998r.):

Stała lub długotrwała niezdolność do pracy w gosp. rolnym, połączona z prawem do zasiłku pielęgnacyjnego,
 Stała lub długotrwała niezdolność do pracy w gosp. rolnym, bez prawa do zasiłku pielęgnacyjnego.

d) Inne: (jakie?)

(proszę podać datę ważności posiadanego orzeczenia oraz numer wydanego orzeczenia)

.....

4. Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON**

TAK (podać rok) NIE

5. Jestem zatrudniony w zakładzie pracy chronionej: TAK NIE**

6. Jestem osobą w wieku 16-24 lat ucząca się i niepracującą: TAK NIE**

7. Imię i nazwisko opiekuna (wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

Imię i nazwisko: PESEL: ____

8. W celu ułatwienia kontaktu w sprawach wynikających z obowiązku prawnego realizowanych przez Administratora Danych, DOBROWOLNIE WYRAŻAM ZGODĘ na przetwarzanie moich danych osobowych tj.:

Numer telefonu
WNIOSKODAWCY

.....
(data i czytelny podpis WNIOSKODAWCY)

Wypełnić, jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej, opiekuna prawnego lub pełnomocnika*:

**właściwie zakreślić

9. Oświadczenia

- a) Oświadczam, iż na turnusie rehabilitacyjnym nie będę pełnił/pełniła funkcji członka kadry.
- b) Nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON. W ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/byłam stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- c) Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych /mojego dziecka/podopiecznego, w tym danych wrażliwych w bazie danych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pruszczu Gdańskim przy ul. Prof. Mariana Raciborskiego 2A w celu realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 z późn.zm.) zgodnie z przepisami art. 6 ust. 1 lit. a w związku z art. 4 pkt 1 oraz art. 9 ust. 2 lit. a w związku z art. 9 ust. 1 - 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), opublikowanym w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej Nr 119/1 z dnia 4 maja 2016 r.
- d) Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulami informacyjnymi sporządzonymi zgodnie z przepisem art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, które administrator danych osobowych – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pruszczu Gdańskim – udostępnił:
- na tablicy informacyjnej znajdującej się w jego siedzibie;
 - na stronie internetowej PCPR pod adresem internetowym: <https://www.pcpr.powiat-gdanski.pl/>
- e) Oświadczam, że zostałem poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz, że wniosek złożony w 2022 r. nie przechodzi na rok następny i będzie rozpatrywany w ciągu 7 dni od daty podjęcia przez Radę Powiatu uchwały dotyczącej podziału środków PFRON na rok 2022.
- f) Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:
- turnus rehabilitacyjny musi trwać co najmniej 14 dni, wyłącznie na terenie kraju.
 - w przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym przez osobę niepełnosprawną lub jego opiekuna, z przyczyn innych niż losowe, osoba niepełnosprawna bądź opiekun ponosi całkowite koszty pobytu na tym turnusie.
 - turnus rehabilitacyjny musi się odbyć w ośrodku uprawnionym do organizowania turnusów rehabilitacyjnych, który posiada aktualny wpis do rejestru ośrodków.
 - wybrany organizator turnusu rehabilitacyjnego musi posiadać wpis do rejestru organizatorów turnusów.
- g) Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444) w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 Ustawy z dn. 14 czerwca 1960 r. - Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735 z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
- h) **Oświadczam, iż zapoznałem się z procedurą dotyczącą przyznawania dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym w 2022 r. umieszczoną na stronie internetowej <https://www.pcpr.powiat-gdanski.pl> w zakładce rehabilitacja społeczna.**

8. Załączniki:

- Kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (**oryginał do wglądu**);
- Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny;
- Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym;
- Oświadczenie opiekuna (o ile dotyczy);
- Oryginał aktu urodzenia **do wglądu** – dotyczy dzieci; Nr aktu:
- zaświadczenie ze szkoły/uczelni – dotyczy uczących się dzieci i młodzieży do 24 roku życia;
- Kopię dokumentu potwierdzającego pełnienie funkcji opiekuna prawnego /pełnomocnictwa (**oryginał do wglądu**).

.....
data

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy
lub przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego)

**Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób
pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym***

dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pruszczu Gdańskim celem otrzymania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że pod adresem wskazanym we wniosku razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym zamieszkują następujące osoby:

		Średni miesięczny dochód (netto)
1.	Wnioskodawca: (imię i nazwisko) zł.
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <i>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą np. mąż, żona, córka.</i>		X
2.	 zł.
3.	 zł.
4.	 zł.
5.	 zł.
RAZEM:	 zł

*Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15.11.2007 w sprawie turnusów rehabilitacyjnych w §5 pkt. 9: „W przypadku gdy centrum pomocy poweźmie wątpliwości w sprawie przyznawanego dofinansowania, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mające wpływ na przyznanie dofinansowania, powiadamia wnioskodawcę o konieczności złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.”

Oświadczam, że:

- Przeciętny miesięczny dochód rodziny pomniejszony o należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, składki na ubezpieczenie zdrowotne, kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku o **dofinansowanie przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł** zł
- Świadomy odpowiedzialności karnej (art. 233 § 1 kk) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu podane zostały zgodnie z prawdą. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

data

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy /przedstawiciela ustawowego)

POUCZENIE

Dochód należy wyliczyć w oparciu o przepisy o świadczeniach rodzinnych - art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r. poz. 111).

W art. 3 pkt 1 cytowanej ustawy zdefiniowany jest:

1) dochódzie – oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1128), z pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
- c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:
 - renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
 - renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
 - świadczenie pieniężne, dodatek kompensacyjny oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
 - dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
 - świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
 - ryczałt energetyczny, emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939–1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów i niewybuchów,
 - renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939–1945, otrzymywane z zagranicy,
 - zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
 - środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach, gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,
 - należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą – w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320),
 - należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojusznicznych, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,
 - należności pieniężne otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu i Służby Więziennej, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
 - dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne, alimenty na rzecz dzieci,
 - stypendia doktoranckie przyznane na podstawie art. 209 ust.1 i 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 poz.478), stypendia sportowe przyznane na podstawie ustawy z dnia 25 czerwca 2010r. o sporcie (Dz. U. z 2020. poz.1133) oraz inne stypendia o charakterze socjalnym przyznane uczniom lub studentom,
 - kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
 - należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywienia tych osób,
 - dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26 stycznia 1982r. –Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021. poz. 1762),
 - dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
 - ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego „Polskie Koleje Państwowe”,
 - ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003–2006 –świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
 - dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
 - dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,
 - renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
 - zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej,
 - świadczenia pieniężne wypłacane w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów,
 - pomoc materialną o charakterze socjalnym określoną w art. 90c ust.2 ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2021. poz. 1915) oraz świadczenia, o których mowa w art. 86 ust. 1 pkt 1–3 i 5 oraz art. 212 ustawy z dnia 20 lipca 2018r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, (Dz. U. z 2021 r. poz. 478)
 - kwoty otrzymane na podstawie art. 27f ust. 8–10 ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
 - świadczenie pieniężne określone w ustawie z dnia 20 marca 2015r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. 2021 r. poz. 1255),
 - świadczenie rodzicielskie, –zasiłek macierzyński, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników,
 - stypendia dla bezrobotnych finansowane ze środków Unii Europejskiej,
 - przychody wolne od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 148 ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne oraz składki na ubezpieczenia zdrowo

Nie wliczamy: świadczeń rodzinnych wypłaconych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych – zasiłków i dodatków rodzinnych oraz zasiłków i dodatków pielęgnacyjnych, oraz zasiłków porodowych wypłacanych na podst. odrębnych przepisów, dodatków mieszkaniowych i ryczałtów na zakup opału, przyznanych na podst. odrębnych przepisów o dodatkach mieszkaniowych.

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko:

PESEL :

Adres (miejsce pobytu*):

1) Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- upośledzenie umysłowe,
- choroby psychiczne,
- zaburzenia głosu, mowy,
- choroby słuchu,
- choroby narządu wzroku,
- choroby narządu ruchu:
 - * z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim,
 - * bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim,
- epilepsja,
- choroby układu oddechowego i krążenia,
- choroby układu pokarmowego,
- choroby układu moczowo-płciowego,
- choroby neurologiczne,
- inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
- całościowe zaburzenia rozwojowe,
- inne (jakie?)

2) Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne**

- oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
- oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
- wózek inwalidzki kule łokciowe inne (jakie?).....

3) Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

- Nie
- Tak – uzasadnienie (brak uzasadnienia powoduje nie przyznanie dofinansowania)

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

4) Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

.....
.....

5) Uzasadnienie wniosku:

.....
.....

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza

- *w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu*
- **właściwe zakreślić*
- ***wniosek lekarza ważny przez 3 miesiące od daty wystawienia*

....., dn.....
(imię i nazwisko **opiekuna**)

.....
(adres)

.....
PESEL

Oświadczenie

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej Pana/i
(imię i nazwisko **uczestnika**)

podczas turnusu rehabilitacyjnego, oświadczam, iż:

1. nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie;
2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby;
3. ukończyłem/am 18 lat;
4. ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej;
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych w bazie danych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pruszczu Gdańskim przy ul. Prof. Mariana Raciborskiego 2A w celu realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573) zgodnie z przepisami art. 6 ust. 1 lit. a w związku z art. 4 pkt 1 oraz art. 9 ust. 2 lit a w związku z art. 9 ust. 1 - 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), opublikowanym w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej Nr 119/1 z dnia 4 maja 2016 r.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulami informacyjnymi sporządzonymi zgodnie z przepisem art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, które administrator danych osobowych – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pruszczu Gdańskim – udostępnił:
 - na tablicy informacyjnej znajdującej się w jego siedzibie;
 - na stronie internetowej PCPR pod adresem internetowym: <https://www.pcpr.powiat-gdanski.pl/>

.....
(czytelny podpis **opiekuna** osoby niepełnosprawnej)