

Zarządzenie nr 2.2026
z dnia 08.01.2026r.

Zarządzenie nr 2.2026
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach
z dnia 08.01.2026r.

w sprawie: zasad przyznawania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowań do zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny w 2026 r.

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. 2025 r. poz.913) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t. j. Dz. U.2015 r, poz.926), **zarządzam następująco:**

§1

W wyniku konsultacji pomiędzy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach a Powiatową Społeczną Radą do Spraw Osób Niepełnosprawnych, działającą przy Staroście Obornickim przyjmuje się zasady przyznawania w **2026r.** osobom niepełnosprawnym dofinansowań zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w ramach realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

§2

Wnioski o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny rozpatrywane są zgodnie z kolejnością złożenia, do wyczerpania środków finansowych Funduszu przeznaczonych na ten cel.

O dofinansowanie ze środków Funduszu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny mogą ubiegać się:
1) osoby niepełnosprawne stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, jeżeli:

- a) przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:
 - 50% przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 2 pkt 4 ustawy, zwanego dalej „przeciętnym wynagrodzeniem”, na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej,
- b) zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu;

§3

Maksymalna wysokość dofinansowania zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w 2026r. wynosi **do 80% ceny brutto tego sprzętu**, z zastrzeżeniem prawa do obniżenia kwoty dofinansowania po weryfikacji cen do średniej wartości rynkowej.

§4

W rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny bierze się pod uwagę zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza specjalistę, odpowiedniego do schorzenia, które jest przyczyną niepełnosprawności, zawierające wskazanie sprzętu rehabilitacyjnego (nazwę sprzętu) służącego do rehabilitacji tego schorzenia oraz uzasadnienie potrzeby prowadzenia przez osobę niepełnosprawną rehabilitacji w warunkach domowych (tj. bez konieczności pomocy przeszkolonego personelu, poza placówką wyspecjalizowaną), przy użyciu wskazanego sprzętu do działań długofalowych i przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej oraz stosownie do jej indywidualnych potrzeb. Zaświadczenie lekarskie jest ważne 3 miesiące od dnia wystawienia.

§5

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach przyjmuje w zakresie przedmiotowym dofinansowania, że sprzętem rehabilitacyjnym jest każdy sprzęt niezbędny do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych, mający zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

PCPR nie dofinansowuje zakupu sprzętów nie spełniających kryterium aktywnego współdziałania osoby niepełnosprawnej podczas używania sprzętu np. do hydroterapii (np. wanien z hydromasażem), łóżek masujących i foteli masujących (relaksacyjnych) oraz sprzętu medycznego, w tym służącego do opieki nad osobą niepełnosprawną, którego finansowanie regulowane jest odrębnymi przepisami.

§6

Wzór wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny stanowi załącznik do niniejszego Zarządzenia.

Obowiązujący wzór zaświadczenia lekarskiego stanowi Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie.

§7

W 2026r. wnioski o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego się będą przyjmowane w wersji papierowej oraz on-line w **Systemie Obsługi Wsparcia (SOW)**. Wnioski w Systemie mogą składać osoby niepełnosprawne posiadające profil zaufany lub podpis elektroniczny albo osoby, którym udzielono pisemnego pełnomocnictwa do składania wniosków w systemie SOW w imieniu niepełnosprawnych wnioskodawców (wzór Pełnomocnictwa / odwołania pełnomocnictwa stanowi załącznik nr 2 i 3 do niniejszego Zarządzenia).

Przyjmowanie wniosków w Systemie SOW obowiązuje od 01.01.2026r.

§8

Wykonanie Zarządzenia powierza się Pani Elizie Korzeniewskiej.

Data wpływu:
Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie ☐ do rozliczenia dofinansowania ☐ do zawarcia umowy ☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku ☐ do złożenia wniosku ☐ inne

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

Płeć	☐ mężczyzna ☐ kobieta
-------------	---

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	

Pocztą:	
----------------	--

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY	
Nazwa pola	Do uzupełnienia

Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO	
Nazwa pola	Do uzupełnienia

Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Nazwa pola	Do uzupełnienia

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 06-E – epilepsja ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego ☐ 10-N – choroby neurologiczne ☐ 11-I – inne ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

☐ indywidualne ☐ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Ze środków finansowych PFRON:

☐ nie korzystałem
☐ korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Miejsce realizacji:	
Cel dofinansowania:	

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 80% kosztów realizacji zadania.

PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany koszt:	
Kwota wnioskowana:	
Uzasadnienie:	

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

- ☐ W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

SYTUACJA ZAWODOWA

- ☐ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
☐ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca

- ☐ Bezrobotny poszukujący pracy
- ☐ Rencista poszukujący pracy
- ☐ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- ☐ Dzieci i młodzież do lat 18 ☐ Inne / jakie?

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam że zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
-----	------

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

Uwaga: Do wniosku składanego w systemie SOW wymagane są załączniki w formie skanów zgodnie z obowiązującym wzorami załączników.

Do wniosku składanego papierowo wymagane są załączniki w oryginale lub ksero.

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne albo orzeczenie o niepełnosprawności do 16r.ż. - skan / ksero.
2. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności , **z uzasadnieniem potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych** (zgodnie z obowiązującym wzorem) – skan / oryginał
3. Dokument stanowiący opiekę prawną lub pełnomocnictwo (w przypadku osoby, dla której ustanowiony jest sądowo opiekun prawny lub notarialnie pełnomocnik) - skan / kopia.
4. Klauzula informacyjna dotycząca RODO (zgodnie z obowiązującym wzorem) skan / oryginał
5. Pełnomocnictwo -upoważnienie do dokonywania wszystkich czynności związanych ze złożeniem wniosku w systemie SOW (zgodnie z obowiązującym wzorem) - skan.
6. Oświadczenie o odwołaniu pełnomocnictwa do systemu SOW (zgodnie z obowiązującym wzorem) - skan.
7. Oferta cenowa / faktura pro-forma.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdza się, że rodzaj niepełnosprawności Pana/i

zam.

zaliczonego/ej do osób niepełnosprawnych z powodu następujących dysfunkcji*

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak bądź też amputacja dłoni lub rąk	
inna dysfunkcja narządu ruchu	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

kwalifikuje do ubiegania się o dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

.....
(nazwa sprzętu)

ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

W/w sprzęt rehabilitacyjny jest niezbędny do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, mający za zadanie osiągnięcie przez osobę niepełnosprawną możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania.

Krótki opis dysfunkcji i potrzeby rehabilitacji:

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

.....
data, pieczęć i podpis lekarza specjalisty

* - zaznaczyć x w wolnym polu obok każdej występującej dysfunkcji

Klauzula informacyjna wobec wnioskujących o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

1. Administratorami Pani/Pana danych osobowych są:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach z siedzibą przy ul.11 Listopada 2A, (64-600 Oborniki zwany dalej „Administratorem”;

2. Inspektor Ochrony Danych

W sprawach ochrony Pani/Pana danych można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: e-mail iod@synergiaconsulting.pl pod numerem telefonu 500 610 605 lub pisemnie na adres siedziby Administratora;

3. Ogólne cele i podstawy przetwarzania

Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w celu rozpatrzenia wniosku i wydania decyzji w przedmiocie przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c RODO oraz art. 9 ust. 1 lit. b RODO w związku art. 35a. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

4. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane:

- 1) podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej z administratorem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. firmom informatycznym, hostingowym, prawniczym, audytorskim, firmom zajmującym się ochroną danych osobowych,
- 2) oprócz tego możemy zostać zobowiązani np. na podstawie przepisu prawa do udostępnienia Pana/Pani danych osobowych podmiotom prywatnym i publicznym

5. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny wynikający z przepisów dotyczących archiwizowania dokumentów obowiązujących u Administratora (Rzeczowy Wykaz Akt), w przypadku przetwarzania na podstawie zgody do czasu zrealizowania celu lub jej odwołania.

6. Posiada Pani/Pan prawo do;

- 1) dostępu do treści swoich danych na podstawie art. 15 RODO przy czym:
- 2) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe;
- 3) żądania usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO (z zastrzeżeniem ust 3 lit b i e);
- 4) ograniczenia przetwarzania na podstawie art. 18 RODO
- 5) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

7. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych

Podanie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do rozpatrzenia wniosku

8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pani/Pana dane nie będą podlegały profilowaniu.

.....
podpis Wnioskodawcy

PEŁNOMOCNICTWO

Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

Oświadczenie o udzieleniu pełnomocnictwa:

Niniejszym udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

Pełnomocnictwo obejmuje upoważnienie do dokonywania na rzecz mocodawcy wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie. Dla realizacji ww. celów stanowiących przedmiot pełnomocnictwa, niniejsze pełnomocnictwo upoważnia do posługiwania się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału niniejszego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Pełnomocnictwa udziela się na czas niezbędny do realizacji wszystkich ww. czynności związanych ze złożonym w systemie SOW wnioskiem o dofinansowanie. Pełnomocnictwo może być odwołane przez mocodawcę w każdym czasie.

Potwierdzam prawdziwość i aktualność danych zawartych w niniejszym pełnomocnictwie. Zmiana treści pełnomocnictwa wymaga wprowadzenia do systemu SOW nowego dokumentu

pełnomocnictwa, za wyjątkiem zmian danych adresowo-kontaktowych pełnomocnika, o których pełnomocnik poinformuje za pośrednictwem systemu SOW.

.....
data

.....
czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa

Miejscowość, data

Pani/Pan

.....

Niniejszym odwołuję pełnomocnictwo udzielone Pani/Panu w dniu obejmujące upoważnienie do dokonywania na moją rzecz wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie oraz posługiwanie się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału udzielonego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Jednocześnie proszę o niezwłoczny zwrot dokumentu pełnomocnictwa oraz przekazanie skanu mojego oświadczenia o odwołaniu pełnomocnictwa do systemu SOW.

.....
data

.....
czytelny podpis osoby odwołującej pełnomocnictwo

