

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....  
(miejscowość, nr kodu)

**Oświadczam, że:**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR we Wschowie,
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcprwschowa.pl](http://www.pcprwschowa.pl)
4. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 10% kosztów uzyskania prawa jazdy,
5. w okresie ostatnich 3 lat nie uzyskałam(em) pomocy ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy,
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie, także w dniu podpisania umowy,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT,
8. oświadczam, że na podstawie art. 7 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie w celu ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Podane dane osobowe, zgodnie z art. 4 pkt 11 w/w rozporządzenia, przekazuję w sposób dobrowolny, konkretny i świadomy oraz jednocześnie okazuję wolę na przetwarzanie moich danych osobowych.
9. zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

....., dnia .....

(miejscowość )

(data)

.....  
(podpis Wnioskodawcy)

### **OBOWIĄZEK INFORMACYJNY dotyczący przetwarzania danych**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą we Wschowie, ul. Plac Kosynierów 1c, 67 - 400 Wschowa, tel. 65/5401758, adres e-mail: [sekretariat@pcprwschowa.pl](mailto:sekretariat@pcprwschowa.pl)
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie jest Pan Jędrzej Bajer. Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych pod numerem telefonu: tel. 533807040, mail: [iod@odoplus.pl](mailto:iod@odoplus.pl).
3. Celem zbierania danych jest wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze lub realizacja umowy. Dane osobowe przetwarzane są w szczególności na podstawie następujących przepisów:
  - a) Ustawa z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (tj. Dz.U. z 2024r., poz. 177)
  - b) Ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (tj. Dz.U. z 2023r., poz. 901 ze zm.)
  - c) Ustawa z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (tj. Dz.U. z 2021r., poz. 1249 ze zm.)
  - d) Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ( t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 44)
  - e) oraz innych przepisów prawa dotyczących ustawowych zadań określonych dla powiatu.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, jak również prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na warunkach określonych w rozporządzeniu.
5. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji przez PCPR celów wynikających z przepisów prawa lub realizacji umowy. W przypadku niepodania danych osobowych wypełnienie powyższego celu nie będzie możliwe, skutkiem tego będzie pozostawienie Pani/Pana sprawy bez rozpatrzenia.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych mogą być tylko instytucje upoważnione z mocy prawa, oraz podmioty, którym dane muszą zostać udostępnione dla realizacji umowy oraz inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie.
7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
8. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, nie krócej jednak niż przez okres wskazany w ustawie o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach lub innych obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa.
10. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu PCPR, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.