Дата отримання:

Номер справи:

ЗАЯВА

про отримання пільг в рамках Модуля I програми

«Допомога громадянам України з інвалідністю»

Знак «X» означає пункт, обраний Заявником у списку варіантів, які можна вибрати. Слід заповнити окремі пункти заяви або написати «не застосовується». Інформація про програму: www.pfron.org.pl – вкладка «Про Фонд - Програми та завдання ПФРОН».

ІНФОРМАЦІЯ про особу, яка подає заяву

Назва поля	**Зміст**
Заява подається:	☐ від мого власного імені ☐ через опікуна неповнолітнього
Ім'я:	
Прізвище:	
Номер PESEL:	
Дата народження:	
Номер телефону:	
Електронна пошта:	
Дата прибуття в Польщу	

АДРЕСА ПЕРЕБУВАННЯ

Назва поля	**Зміст**
Воєводство:	
Повят	
Вулиця:	
Номер будинку:	
Номер приміщення:	
Місцевість:	
ЗІП код:	
Поштове відділення:	

АДРЕСА ДЛЯ ЛИСТУВАННЯ

☐ **Те саме, що адреса вашого перебування**	
Назва поля	**Зміст**
Воєводство:	
Повят:	
Вулиця:	
Номер будинку:	
Номер приміщення:	
Місцевість:	
ЗІП код:	
Поштове відділення:	

ПРАВОВИЙ СТАТУС СТОСОВНО НЕПОВНОСПРАВНОСТІ ЗАЯВНИКА

Заповнюється особою, яка подає заяву від свого імені.	
Назва поля	**Зміст**
Ступінь інвалідності (за українською системою визначення інвалідності):	☐ I ☐ II

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ФІНАНСОВУ ДОПОМОГУ

Сума допомоги згідно з Модулем I програми: …….злотих
Пільга призначена для фінансування Бенефіціару програми необхідної власної участі в закупівлі або ремонті медичних виробів, що видаються на вимогу, як зазначено у Постанові МОЗ від 29 травня 2017 року про перелік медичних виробів, виданих на вимогу. Застосовується до порядку, що є предметом цієї заяви.

НЕПОВНОЛІТНЯ ОСОБА

ДАНІ ПРО НЕПОВНОЛІТНОГО – заповнює особа, яка подає заяву від імені неповнолітнього..

Назва поля	Зміст
Ім'я:	
Прізвище:	
Номер PESEL:	
Дата народження:	
Дата прибуття в Польщу:	

АДРЕСА ПЕРЕБУВАННЯ НЕПОВНОЛІТНЬОГО

☐ Те саме, що адреса проживання заявника	
Назва поля	**Зміст**
Воєводство:	
Повят:	
Вулиця:	
Номер будинку:	
Номер приміщення:	
Місцевість:	
ЗІП код:	
Поштове відділення:	

ПРАВОВИЙ СТАТУС СТОСОВНО НЕПОВНОСПРАВНОСТІ НЕПОВНОЛІТНЬОГО

Назва поля	Зміст
Ступінь інвалідності (за українською системою визначення інвалідності):	☐ I ☐ II

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАЯВИ СТОСОВНО ДОПОМОГИ ДЛЯ НЕПОВНОЛІТНЬОГО

Сума допомоги згідно з Модулем I програми: ……. **злотих**

Допомога призначена для фінансування Бенефіціару програми необхідної власної участі в закупівлі або ремонті медичних виробів, що видаються на вимогу, як зазначено у Постанові МОЗ від 29 травня 2017 року про перелік медичних виробів, виданих на вимогу. Застосовується до порядку, що є предметом цієї заяви.

ФОРМА НАДАННЯ ДОПОМОГИ

- ☐ перерахування на рахунок суб'єкта, який надає медичний виріб або здійснює його ремонт
- ☐ перерахування на банківський рахунок, зазначений у заяві про надання допомоги *

* Інформація про банківський рахунок, на який буде перерахована допомога:

Назва поля	**Зміст**
Дані власника рахунку:	
Назва банку:	
Номер рахунку в банку:	

ПРИМІТКА: Якщо Заявник вказує банківський рахунок іншої фізичної особи, потрібна згода власника рахунку:

Як власник вищезгаданого банківського рахунку, я даю згоду на переказ грошей з PCPR на мій рахунок.

Підпис :……

Я заявляю, що:

1) Я не звертаюся на підставі окремих заяв за програмою «Допомога громадянам України з інвалідністю» з метою отримання допомоги в рамках Модуля I програми стосовно того самого замовлення, що є предметом заяви.
2) Додаю копію замовлення на поставку медичного виробу чи ремонт медичного виробу та копію підтвердження придбання чи ремонту медичного виробу, що є предметом замовлення.
3) Інформація, наведена в заяві, є правдивою, і я визнаю, що надання неправдивої інформації виключає заяву з подальшого розгляду.

4) Додаю копію українського листка інвалідності, якщо довідка не додається, заповніть, будь ласка, виписку:

я заявляю:

☐ на моє ім'я,

☐ як опікуна дитини-інваліда,

що у мене є дійсний документ про інвалідність при подачі заяви та його реалізації за українською системою підтвердження інвалідності, в обсязі:

☐ I ☐ II

Місце	Дата	Підпис особи, яка подає заяву

Дата та підпис працівника, який веде справу:	Дата, печатка та підпис керівника відповідного організаційного підрозділу Виконавця Програми:

У зв'язку з обробкою Ваших персональних даних повідомляємо за програмою «Допомога громадянам України з інвалідністю» – відповідно до ст. 13 сек. 1 і сек. 2 та ст. 14 Регламенту (ЄС) 2016/679 Європейського Парламенту та Ради від 27 квітня 2016 року про захист фізичних осіб щодо обробки персональних даних та про вільний рух таких даних, а також про скасування Директиви 95/46 / ЕС (Загальний регламент із захисту даних), далі іменований «GDPR», тобто

1. АДМІНІСТРАТОР ДАНИХ

Адміністратором ваших персональних даних є Powiatowy Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Wierzbowa 1, 62-100 Wągrowiec, в особі директора

2. ІНСПЕКТОР ЗАХИСТУ ДАНИХ

Адміністратор призначив Уповноваженого із захисту даних (Пауліна Рогальська), до якої ви можете звертатися з питань, пов'язаних із захистом персональних даних, таким чином:
на електронну адресу: iod@huspremium.pl
письмово на адресу місцезнаходження Адміністратора.

3. ПРАВОВІ ОСНОВИ ТА ЦІЛІ ОБРОБКИ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

Ваші персональні дані обробляються з метою отримання допомоги від програми «Допомога громадянам України з інвалідністю»
Ваші дані оброблятимуться на основі:

- Закон від 27 серпня 1997 року про професійну та соціальну реабілітацію та працевлаштування інвалідів (Законодавчий журнал від 2018 року, ст. 511 із змінами).
- Закон від 12 березня 2022 року про допомогу громадянам України у зв'язку зі збройним конфліктом на території цієї держави;

- Постанова Наглядової ради ПФРОН від 18.03.2022 № 3/2022 про затвердження програми «Допомога громадянам України з інвалідністю».

4. ОТРИМАЧІ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

Ваші дані будуть передані організаціям, які надають допомогу та технічну підтримку для ІТ та телеінформаційних систем, у яких обробляються ваші дані, а також юридичним фірмам у разі позовів

Ваші персональні дані будуть передані до уповноваженого законодавством Державного фонду реабілітації інвалідів.

5. ПЕРІОД ЗБЕРІГАННЯ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

Ваші персональні дані зберігатимуться протягом періоду, необхідного для досягнення мети, з якою вони були зібрані, або у визначений законом період і зберігатимуться для архівних цілей, протягом періоду, який буде визначено в першу чергу на підставі розпорядження Прем'єр-міністра. про службові інструкції, уніфіковані переліки матеріалів справ та інструкції щодо організації та сфери діяльності архіву підприємства, якщо інше не передбачено спеціальними положеннями.

6. ПРАВА ОСІБ, ЯКИХ СТОСЯТЬСЯ ДАНІ, В ТАКИХ ДОСТУП ДО ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

Відповідно до положень GDPR, ви маєте право вимагати від Адміністратора:

- доступ до вмісту ваших персональних даних;
- виправити свої персональні дані;
- обмеження обробки ваших персональних даних;
- передача ваших персональних даних,
- право заперечувати проти обробки ваших даних на принципах, викладених у ст. 21 GDPR
- право відкликати згоду, якщо для обробки персональних даних потрібна згода,

Відкликання згоди не впливає на обробку ваших даних до моменту її відкликання
право подати скаргу до контролюючого органу - якщо ви вважаєте, що обробка ваших персональних даних порушує положення про захист персональних даних, ви маєте право подати скаргу до контролюючого органу - Президента персональних даних Управління охорони.

7. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВИМОГУ / ДОБРІЛЬНЕ НАДАННЯ ДАНИХ ТА НАСЛІДКИ НЕНАДАННЯ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

Надання даних є умовою для укладання договору/виконання заявки, а ненадання своїх даних буде означати неможливість укласти договір/виконати заявку, ми не зможемо укласти або виконати такий договір.

8. ДЖЕРЕЛО ДАНИХ

PCPR може отримати ваші дані від уповноважених осіб.

9. АВТОМАТИЗОВАНЕ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ, ПРОФІЛІЗАЦІЯ

Ваші персональні дані не оброблятимуться в автоматизований спосіб і не будуть профільовані.

10. ТРАНСФЕР ДО ТРЕТЫ КРАЇНИ

Адміністратор не передаватиме ваші дані в треті країни та міжнарод