

UWAGA! Wypełnia opiekun osoby niepełnosprawnej.

WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA DLA OPIEKUNA
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Wałcz, dnia.....

.....
Nazwisko i imię

.....
Adres: kod i miejscowość

.....
Ulica i numer domu

.....
Numer PESEL

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W WAŁCZU

Zwracam się z prośbą o dofinansowanie mojego pobytu na turnusie rehabilitacyjnym

w terminie od..... do.....w celu sprawowania opieki
nad.....

- Oświadczam, że w czasie w/w turnusu nie będę pełnił/a funkcji członka kadry oraz, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

- Oświadczam, że na podstawie art. 6 ust. 1a oraz art. 9 ust. 2a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałczu i PFRON, zawartych w niniejszym wniosku dla potrzeb związanych z realizacją zadania, którego wniosek dotyczy.

.....
Czytelny podpis