Załącznik Nr 2

Oświadczenie

Opiekuna osoby niepełnosprawnej

dla PCPR w Opocznie

Nazwisko i imię .....................................................................................................

Adres zamieszkania.................................................................................................

Dowód osobisty, seria....................nr...................nr PESEL...................................

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej ...................................................................

zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego i zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie dofinansowania do kosztów uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym dla opiekuna osoby niepełnosprawnej.

Oświadczam jednocześnie, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby oraz nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na tym turnusie. Ponadto oświadczam, że /jestem osobą pełnoletnią \*/ukończyłem(am) 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym rodziny osoby niepełnosprawnej\*/.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych oświadczam, że w/w dane są zgodne ze stanem faktycznym.

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

data i czytelny podpis opiekuna

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016r. poz. 922).

W związku z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2016 poz. 922 z późn. zm.) informuję, iż administratorem danych osobowych zawartych w Pani/Pana dokumentach jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Opocznie, ul. Kwiatowa 1a. Dane zbierane są w celu realizacji procedury przyznawania dofinansowania ze środków PFRON. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania

\* niewłaściwe skreślić