

**WNIOSEK „O” – część A** wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego  
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

**Moduł I** – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową:**Obszar B** – likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym:**Zadanie 1** – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z **dysfunkcją narządu ruchu**.**Zadanie 2** – dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania,**1. Informacje Wnioskodawcy i dziecka/podopiecznym (prawnie) – należy wypełnić wszystkie pola****DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY** **RODZIC DZIECKA** **OPIEKUN PRAWNY DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Imię i Nazwisko..... Data urodzenia..... r.

Dowód osobisty seria nr..... wydany w dniu .....

przez ..... Płeć:  kobieta  mężczyznaPESEL ..... Stan cywilny:  wolny/a  zamężna/zamężny**MIEJSCE ZAMIESZKANIA****ADRES ZAMELDOWANIA**

Ulica .....

Nr domu..... nr lokalu .....

Kod pocztowy ..... - ..... Miejscowość .....

**Adres korespondencyjny:** (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)**Kontakt telefoniczny**

Ulica ..... nr telefonu .....

Nr domu..... nr lokalu ..... e-mail .....

Kod pocztowy ..... - ..... Miejscowość .....

**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, ZWANEGO DALEJ „PODOPIECZNYM”****DANE PERSONALNE****ADRES ZAMIESZKANIA** (JEŻELI INNY NIŻ WNIOSKODAWCY)

Imię i Nazwisko..... Ulica.....

Data urodzenia .....r. Nr domu..... nr lokalu.....

PESEL ..... Kod pocztowy..... - ..... Miejscowość .....

**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji  
lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji znaczny stopień I grupa inwalidzka całkowita niezdolność do pracy umiarkowany stopień II grupa inwalidzka częściowa niezdolność do pracy lekki stopień III grupa inwalidzka**Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:**  bezterminowo  okresowo do dnia: .....**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

1. Symbol przyczyny niepełnosprawności wynikający z orzeczenia o niepełnosprawności: .....
2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji: .....
- .....

### OBECNIE PODOPIECZY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

- Żłobek  Przedszkole  Szkoła podstawowa
- Gimnazjum  Zasadnicza Szkoła Zawodowa  Liceum/Technikum
- Studia  Studia Podyplomowe  Inne, jakie: .....
- Trzyletnia szkoła przysposabiająca do pracy  nie dotyczy

### NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

1. Nazwa szkoły.....klasa/rok .....
- Miejscowość .....ulica .....nr domu .....
2. Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....
3. Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo): ....., w skali: - (od 1-6)  - innej, jakiej: .....
4. Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat): .....
- .....

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (O ILE DOTYCZY)

OSOBA ZAREJESTROWANA W PUP JAKO:  BEZROBOTNA  POSZUKUJĄCA PRACY od kiedy:.....  NIE DOTYCZY

OSOBA ZATRUDNIONA  NIE DOTYCZY

Rodzaj zatrudnienia:

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania

umowa cywilnoprawna (umowa zlecenie, umowa o dzieło)

działalność gospodarcza, NIP .....

inny, podać jaki .....

okres zatrudnienia:

czas określony  od dnia:.....do dnia: ...../  czas nieokreślony

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....

Telefon kontaktowy do pracodawcy: .....

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 5 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?  TAK  NIE

CEL	Przedmiot dofinansowania	Beneficjent	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
(nazwa instytucji, programu // lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	(co zostało zakupione ze środków PFRON)	(imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)				
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>						

### ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON



## 5. PLAN AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ, EDUKACYJNEJ I/LUB SPOŁECZNEJ

(plan powinien określać planowane przez osobę niepełnosprawną działania zmierzające do realizacji wytyczonego celu związanego z aktywizacją i uwzględniać wpływ zakupionego ze środków PFRON przedmiotu dofinansowania na realizację indywidualnych celów zawodowych, edukacyjnych i społecznych osoby niepełnosprawnej).

**Ważne:** W trakcie rozliczania ewentualnie przyznanego dofinansowania, Realizator programu będzie wymagał od Wnioskodawcy potwierdzenia, że zaplanowane działania zostały podjęte lub zrealizowane.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 6. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

<b>Zadanie 1 - Specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania:		<b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b>
<b>Sprzęt elektroniczny:</b>		
<b>Elementy sprzętu elektronicznego:</b>		
<b>Oprogramowanie:</b>		
<b>RAZEM</b>		
<b>Zadanie 2 - Specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie		<b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b>
<b>RAZEM</b>		

## 7. Informacje uzupełniające

1.  Posiadam/Podopieczny posiada\* następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie:

.....  
.....

Nie posiadam/Podopieczny nie posiada\* sprzętu komputerowego

2. Proszę o wymienienie ukończonych przez Wnioskodawcę/podopiecznego\* kursów komputerowych:

.....  
.....

3. Czy wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc w zakupie sprzętu komputerowego i oprogramowania:

NIE  TAK: w..... roku w ramach .....

a także w ..... roku w ramach .....

## 8. Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia*	Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 6 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Zadanie 1		
Zadanie 2		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

\*- należy zaznaczyć właściwe

## 9. DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

Nazwa konta.....

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Zabrze  tak -  nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- 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.mopr.zabrze.pl](http://www.mopr.zabrze.pl)
- w okresie ostatnich 5 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania:  tak -  nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10%** ceny brutto sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania),
- 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,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
- Nie otrzymałam/am w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na cel objęty umową dofinansowania.
- Nie otrzymałam/am w danym roku dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków NFZ na cel objęty umową

dofinansowania.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

Zabrze, dnia ..... /..... /20... r.

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

**9. Załączniki wymagane do wniosku:**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej			
3.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów netto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Dowód osobisty Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej/ opiekuna prawnego/pełnomocnika lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość (do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	<b>Faktura proforma lub oferta cenowa określająca cenę brutto wnioskowanego sprzętu lub usługi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Kserokopia decyzji o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Zaświadczenie lub inny dokument stanowiący potwierdzenie przez właściwą jednostkę np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję o zdarzeniu losowym skutkującym stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Inne załączniki (należy wymienić):</b>				
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Wysokość **przeciętnego miesięcznego dochodu**, oblicza się na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, przez który należy rozumieć średni miesięczny dochód netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku i podzielony przez liczbę osób w gospodarstwie domowym.

Wnioskodawca, który prowadzi **samodzielne gospodarstwo domowe (jednoosobowe)** i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

**Przez pojęcie wspólne gospodarstwo domowe** – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

**Uwaga!** W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) ..... zamieszkały(a)

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

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

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (należy uzupełnić dochód zgodnie z przypisem nr 1):

Lp.	Imię i nazwisko	Średni miesięczny dochód
<b>Dane dotyczące Wnioskodawcy:</b>		
1.		
<b>Pozostali członkowie gospodarstwa domowego Wnioskodawcy</b> - poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
<b>RAZEM:</b>		

Oświadczam, że średni miesięczny dochód przypadający na jednego członka gospodarstwa domowego wynosi: ..... zł ..... gr.

(należy wyliczyć zgodnie z **przypisem nr 2**);

*Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.*

....., dn. ....r.  
miejscowość

.....  
podpis Wnioskodawcy

**Uwaga:**

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na postawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.



## **Przypis nr 1**

**Dochód** – oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

1) przychód podlegający opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne.

2) dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,

3) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych wymienione w ustawie o świadczeniach rodzinnych.

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się między innymi:

- świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych,
- dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych,
- świadczeń uzyskanych na podstawie przepisów o pomocy społecznej.

**Uwaga! Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 3 do formularza wniosku).**

**Przypis nr 2** – sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu netto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\begin{array}{l} \text{średni miesięczny dochód netto} \\ \text{przypadający na jedną osobę pozostającą} \\ \text{we wspólnym gospodarstwie domowym} \\ \text{z Wnioskodawcą} \end{array} = \frac{\text{łączy średni miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „Razem” w} \\ \text{tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1} \\ \text{niniejszego Oświadczenia}}$$



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i Nazwisko.....  
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....  
Adres (miejsce pobytu) .....
2. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....
3. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:.....
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

		PIECZĄTKA, NR I PODPIS LEKARZA
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od: .....	
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia: .....	

## OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ REALIZATORA PROGRAMU ORAZ PFRON

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do jednostki organizacyjnej Realizatora programu tj. Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie z siedzibą w Zabrze przy ul. Roosevelta 40 oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

---

Niniejsze oświadczenie składa **Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby** posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

.....  
(imię i nazwisko)

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

.....- .....  
(kodu, miejscowość)

**Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):**

.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez jednostkę organizacyjną Realizatora programu tj. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie z siedzibą w Zabrze przy ul. Roosevelta 40 oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

## Klauzula informacyjna (dot. podopiecznego)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. zwanym dalej RODO informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu z siedzibą ul. 3 Maja 16, 41-800 Zabrze, tel. 32 2777800, mopr@zabrze.pol.pl;
2. Inspektorem ochrony danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Zabrzu jest Pan Michał Drozdowski z którym można się skontaktować pod adresem iodo@mopr.zabrze.pl, lub pod numerem telefonu tel. 32 2777848;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu dofinansowania jednego z poniższych zadań o które się Pani/Pan ubiega:

- uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych,
- zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych
- rehabilitacji dzieci i młodzieży,
- wsparcia wynikającego z programu „Aktywny Samorząd”,
- usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika,

ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą:

a) wskazane przez Pani/Pana we wniosku podmioty gospodarcze uzyskujące środki dofinansowania PFRON,

b) podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie obowiązującego prawa, gdy wystąpią z takim żądaniem w oparciu o stosowną podstawę prawną.

5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat liczonych na podstawie zasad wskazanych w przepisach o archiwizacji obowiązujących podmioty publiczne;

7. Posiada Pani/Pan prawo do:

a) dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać danych osób trzecich;

b) sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;

c) żądania usunięcia danych po upływie okresu, o którym mowa w pkt. 6.

8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do 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.;

9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy/przyznania dofinansowania. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(PESEL)

Oświadczam iż zapoznałem się oraz akceptuję powyższe informacje i warunki dot. art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....data..... czytelny podpis  
opiekuna prawnego

## Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. zwanym dalej RODO informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: realizator programu Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrze z siedzibą ul. 3 Maja 16, 41-800 Zabrze, tel. 32 2777800, [mopr@zabrze.pol.pl](mailto:mopr@zabrze.pol.pl) oraz przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa;

2. Inspektorem ochrony danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Zabrze jest Pan Michał Drozdowski z którym można się skontaktować pod adresem [iodo@mopr.zabrze.pl](mailto:iodo@mopr.zabrze.pl), lub pod numerem telefonu tel. 32 2777848. Z inspektorem Państwowego Funduszu

Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych możesz skontaktować się mailowo: [iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl) lub listownie na adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, telefon: 22 50 55 500.;

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu dofinansowania jednego z poniższych zadań o które się Pani/Pan ubiega:

- uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych,
- zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych
- rehabilitacji dzieci i młodzieży,
- wsparcia wynikającego z programu „Aktywny Samorząd”,
- usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika,

ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą:

a) wskazane przez Pani/Pana we wniosku podmioty gospodarcze uzyskujące środki dofinansowania PFRON,

b) podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie obowiązującego prawa, gdy wystąpią z takim żądaniem w oparciu o stosowną podstawę prawną.

5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat liczonych na podstawie zasad wskazanych w przepisach o archiwizacji obowiązujących podmioty publiczne;

7. Posiada Pani/Pan prawo do:

a) dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać danych osób trzecich;

b) sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;

c) żądania usunięcia danych po upływie okresu, o którym mowa w pkt. 6.

8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do 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.;

9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy/przyznania dofinansowania. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(PESEL)

Oświadczam, iż zapoznałem się oraz akceptuję powyższe informacje i warunki dot. art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Zabrze, .....

..... (czytelny podpis)