

**WNIOSEK C3** - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

## 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 C** – likwidacja barier w poruszaniu się:**Zadanie 3** – pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne,**1. Informacje Wnioskodawcy** – należy wypełnić wszystkie pola**DANE PERSONALNE**

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

Dowód osobisty: seria nr ..... wydany przez .....

termin ważności: ..... data wydania .....

PESEL ..... Stan cywilny:  wolny/a  zamężna/zamężnyGospodarstwo domowe wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne**MIEJSCE ZAMIESZKANIA****ADRES ZAMELDOWANIA**

Ulica ..... Ulica .....

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

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

**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

- 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** **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:  obu kończyn górnych  jednej kończyny górnej innym  obu kończyn dolnych  jednej kończyny dolnejWnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY**

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 .....

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

**okres zatrudnienia:**

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

Telefon kontaktowy do pracodawcy:

zatrudnienie rozpoczęłam(ąm) w ..... roku.

**ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE**

średnie ogólne  średnie zawodowe  policealne  wyższe  inne, jakie:.....

**OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ:  tak  nie  nie dotyczy  
NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA**

Nazwa szkoły ..... klasa/rok .....

Miejscowość ..... ulica ..... nr domu .....

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 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 i/ 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**

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:  tak  nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:  tak  nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....

**3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU**

**UWAGA!** Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. **fakt występowania innej**



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

(plan powinien określać planowane przez osobę niepełnosprawną działania zmierzające do realizacji celu związanego z aktywizacją zawodową i edukacyjną 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

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
Proteza kończyny <b>górnjej</b> , po amputacji:	Proteza kończyny <b>dolnej</b> , po amputacji:
<input type="checkbox"/> w zakresie ręki	<input type="checkbox"/> na poziomie podudzia
<input type="checkbox"/> przedramienia	<input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
<input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	<input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):	

## 7. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Proteza		
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON		
Łącznie		

## 8. Informacje uzupełniające

1. Przyczyna amputacji kończyny: .....
2. Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:  stabilny  niestabilny
3. Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie: .....
4.  Nie posiadam protezy  Od roku ..... użytkuję protezę (rodzaj/opis techniczny) .....
5. Czy wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy:  Tak  Nie  
w roku..... w ramach .....  
a także w roku ..... w ramach .....

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

Nazwa konta .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Miasta Zabrze  tak -  nie
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.mopr.zabrze.pl](http://www.mopr.zabrze.pl),
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:  tak -  nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto),
6. na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:  tak -  nie,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, proteza dofinansowana ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowana z innych środków publicznych,
8. 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,
9. 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,
10. w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie, ,
11. zostałam poinformowany(a), że konieczne będzie poddanie się badaniom eksperta PFRON, które będzie obejmować badanie wstępne celem rozpatrzenia wniosku oraz drugą wizytę mającą na celu ocenę zakupionego sprzętu,
12. zostałam poinformowany(a) o konieczności zgłoszenia się na badanie wstępne, które odbędzie się w siedzibie PFRON w Katowicach przy ul. pl. Grunwaldzki 8-10 wraz z:

- posiadaną protezę (tymczasową lub ostateczną),
  - posiadaną dokumentację medyczną, związaną ze stanem zdrowia i ewentualnym przebiegiem protezowania (do wglądu),
  - dokumentami potwierdzającymi wykształcenie i przebieg pracy zawodowej (do wglądu),
13. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
14. Nie otrzymałem/am w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na cel objęty umową dofinansowania.
15. Nie otrzymałem/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.	<p>.....</p> <p><b>podpis Wnioskodawcy</b></p>
-------------------------------------	--

### 9. Załączniki wymagane do wniosku:

<b>Nazwa załącznika</b>		<b>WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU</b>		
		<i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów netto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	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 <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku)</i> - 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"/>	
5.	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"/>	
6.	Propozycja oferty – należy złożyć wraz z wnioskiem <b>dwie oferty (z niezależnych protezowni)</b> , oferty będą analizowane przez eksperta PFRON <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do wniosku, wypełnionej komputerowo, wydrukowanej i dołączonej do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Oryginał zaświadczenia od pracodawcy potwierdzającego zatrudnienie lub kserokopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	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"/>	
10.	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"/>	

Inne załączniki (należy wymienić):

11.

Załącznik 2

## 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.		
Pozostali członkowie gospodarstwa domowego Wnioskodawcy - <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą np. (mąż, syn, córka, itp.)</b>		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
RAZEM:		

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



## **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:

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





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. 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"/>	Amputacja w zakresie ręki	
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	
1. Przyczyna amputacji: ..... 2. Aktualny stan procesu chorobowego: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny 3. <b>Ocena zdolności do pracy</b> w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne: ..... .....		

..... dnia.....

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętą, nr i podpis lekarza

## 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. 3-go Maja 16 oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Katowicach przy ul. Pl. Grunwaldzki 8-10 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** przez jednostkę organizacyjną Realizatora programu tj. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie z siedzibą w Zabrze przy ul. 3-go Maja 16 oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 oraz przez PFRON z siedzibą w Katowicach przy ul. Pl. Grunwaldzki 8-10, 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*

**Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorysu do protezy dla Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”**

**Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem e’mail Oddziału PFRON: ....., a także na: www.pfron.org.pl**

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....

Poziom amputacji: .....

Ewentualne nieprawidłowości kikuta: .....

**Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych fabrycznie**

L. p	Nazwa elementu	Producent i symbol elementu	Nazwa handlowa (jeśli jest)	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
					Suma (w zł)	

**Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla wnioskodawcy**

L. p	Nazwa elementu	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
			Suma (w zł)	

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)

## 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 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, lub pod numerem telefonu tel. 32 2777848. z inspektorem Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych możesz skontaktować się mailowo: 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)