

**WNIOSEK C5 - 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 5 – pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego. Dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności do 16 roku życia lub znacznym stopniem niepełnosprawności.

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/zamężny

Gospodarstwo 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 dolnej

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka/skutera inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka/skutera inwalidzkiego

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka/skutera 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

okres zatrudnienia:
 czas określony od dnia:.....do dnia:/ czas nieokreślony
 zatrudnienie rozpoczęłam(ąm) w roku.

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

Telefon kontaktowy do pracodawcy:

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)				
Razem uzyskane dofinansowanie:						

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 osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby**) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 3 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1. Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>2. Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>3. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>4. Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)? Wnioskodawca można wykazać aktywność z okresu trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku.</p>	<p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> tak (proszę opisać):</p>
<p>5. Czy wnioskodawca w latach 2018 lub 2019 został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?</p>	<p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, należy opisać:</p>

4. UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU.

Wnioskodawca powinien wykazać, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia.

.....

.....

.....

.....

.....

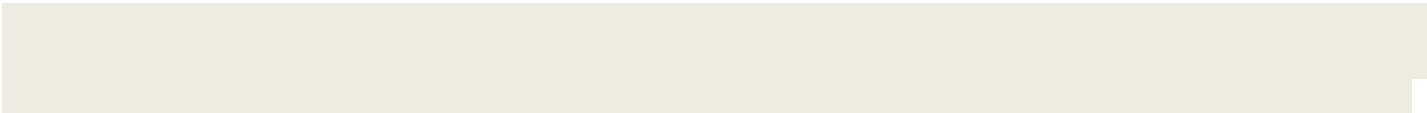
.....

.....

.....

.....

.....



7. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym		
Napęd elektryczny do wózka ręcznego		
Dodatkowe wyposażenie		
ŁĄCZNIE		

8. Informacje uzupełniające

<input type="checkbox"/> POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY WÓZEK/SKUTER: MODEL ROK NABYCIA:

* - 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:

- 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,
- zapoznałem(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także:.....,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałem(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego : tak - nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 35% ceny brutto),
- 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 byłem(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 następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
- Nie otrzymałem/am w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na cel objęty umową dofinansowania.
- 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

..... dnia /..... /20..... r.
podpis Wnioskodawcy

(burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

9. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 6-8)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan 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.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jedną osobę w rodzinie, pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nrdo wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku i zawierające zgodę na użytkowanie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nrdo wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia/skan 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.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Faktura proforma lub oferta cenowa określająca cenę brutto wnioskowanego sprzętu lub usługi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Oryginał zaświadczenia od pracodawcy potwierdzającego zatrudnienie lub kserokopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.	<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"/>	

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C5)
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	DATA pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie:.....	

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	DATA pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	

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
Dane dotyczące Wnioskodawcy:		
1.		
Pozostali członkowie gospodarstwa domowego Wnioskodawcy - poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą np. (mąż, syn, córka, itp.)		
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 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:

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

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

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)