

**WNIOSEK „M-I”  
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu  
„Aktywny samorząd”**

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
Obszar C – Zadanie nr 4**

**pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której  
zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne**

**DANE WNIOSKODAWCY  
ROLA WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
<b>Nazwa właściwego sądu:</b>	
<b>Data wydania dokumentu:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego / niepoświadczonego notarialnie z dnia:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres – od złożenia wniosku aż do zawarcia i rozliczenia umowy <input type="checkbox"/> zawarcie umowy <input type="checkbox"/> udzielanie wyjaśnień i uzupełnianie wniosku <input type="checkbox"/> złożenie wniosku <input type="checkbox"/> inne

Oświadczam, że ani teraz, ani w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem / nie byłam: właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym, przedstawicielem handlowym, członkiem organów nadzorczych lub zarządzających ani pracownikiem firm, które sprzedają towary lub usługi dotyczące tego wniosku. Nie miałem / nie miałam i nie mam z zarządem tych firm innych powiązań, takich jak na przykład relacje rodzinne czy biznesowe.

**DANE WNIOSKODAWCY**  
**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Numer PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer mieszkania:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer mieszkania:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

## DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.

Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Numer PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

## ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer mieszkania:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

## STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Zanim odpowiesz na pytania w tej sekcji, przeczytaj dokładnie poniższe wyjaśnienie. Aby uzyskać dofinansowanie z PFRON, musisz mieć orzeczenie o niepełnosprawności. Jest to dokument, który potwierdza, że osoba ma niepełnosprawność. Jest wydawany przez powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Wtedy możesz korzystać z pomocy z PFRON: dofinansowania do różnych świadczeń i zakupów sprzętu. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś po 1997 roku, to w punkcie „Stopień niepełnosprawności” zaznacz stopień niepełnosprawności, jaki masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz przyznanego stopnia niepełnosprawności, to zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś przed 1997 rokiem i jest ono wciąż ważne, to możesz mieć określoną grupę inwalidzką. Wtedy w punkcie „Grupa inwalidzka” zaznacz grupę, jaką masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz grupy inwalidzkiej, zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli masz orzeczenie wydane przez ZUS lub KRUS wówczas zaznacz właściwą odpowiedź tylko w pytaniu: „Niezdolność do pracy”. Jeżeli zaznaczysz, że wypełniasz wniosek dla osoby do 16. roku życia, to nie dotyczą Cię pytania o grupę inwalidzką, stopień niepełnosprawności i niezdolność do pracy.

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> ważne bezterminowo <input type="checkbox"/> ważne okresowo – do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność do pracy:</b>	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
  - osoba głucha
  - osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
  - osoba niewidoma
  - osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
  - Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
  - Dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Nazwa pola	Zawartość
<b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*

- nie dotyczy
- osoba nieaktywna zawodowo
- osoba bezrobotna/ (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)  
Wpisz jak długo – podaj liczbę pełnych miesięcy:
- osoba poszukująca pracy (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- osoba zatrudniona

- Jestem na stażu zawodowym  
 Jestem wolontariuszem i mam porozumienie wolontariackie

### INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

Forma zatrudnienia	Od dnia	Na czas nieokreślony	Do dnia
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

### OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

- Nie dotyczy  
 Przedszkole  
 Szkoła podstawowa  
 Zasadnicza Szkoła Zawodowa  
 Technikum  
 Liceum  
 Szkoła policealna  
 Kolegium  
 Studia I stopnia  
 Studia II stopnia  
 Studia magisterskie (jednolite)  
 Studia podyplomowe  
 Studia doktoranckie  
 Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)  
 Szkoła doktorska  
 Uczelnia zagraniczna  
 Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE  
 Każda inna, jaka:

### INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?

- tak  nie

Zadanie	Kwota dofinansowania

**Razem uzyskane dofinansowanie:**

**Czy masz zaległości finansowe wobec PFRON – na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:**

tak  nie

**Czy masz zaległości finansowe wobec urzędu, do którego zwracasz się o dofinansowanie ze środków PFRON? Na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:**

tak  nie

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

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...)”.

**Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:**

tak  nie

**UZASADNIENIE WNIOSKU**

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

**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):**

tak  nie

**Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (w obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym):**

Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – należy przez to rozumieć:

a) osobę zamieszkujejącą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a także,

b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/ potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).

tak  nie

**ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU**

- firma  
 media  
 Urząd, który przyznaje wsparcie PFRON  
 PFRON  
 inne, jakie?:

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

**Wysokość (netto w złotych) średniego miesięcznego dochodu na osobę w gospodarstwie:**

*Średni dochód (przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy) - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego zgodnie z obowiązującym na dzień złożenia wniosku Obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.*

*Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie Dokument\_5\_Wyjasnienia\_dot\_ustalania\_wysokosci\_dochodu.pdf dostępnym wraz z dokumentacją dla naboru.*

Proszę o zwolnienie mnie z obowiązku składania oświadczenia o dochodzie. Nie planuję korzystać z szybszego rozpatrzenia wniosku ani z większej kwoty dofinansowania. Wiem, że jeśli nie podam wysokości dochodu, nie będę miał możliwości skorzystania z tych przywilejów.

### PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 4

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Zakup elementów zamiennych <b>Proszę wymienić elementy zamienne:</b>		
<input type="checkbox"/> Zakup dodatkowego wyposażenia <b>Proszę wymienić dodatkowe wyposażenie:</b>		
<input type="checkbox"/> Koszty naprawy/remontu		
<input type="checkbox"/> Koszty przeglądu technicznego		
<input type="checkbox"/> Koszty konserwacji/renowacji		
<input type="checkbox"/> Inne <b>Proszę wymienić inne koszty:</b>		
<input type="checkbox"/> Refundacja kosztów dojazdu do eksperta PFRON		
<b>Razem:</b>		
<b>Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:</b>		
<b>Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:</b>		

### INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

Nazwa pola	Zawartość
<b>Proteza kończyny górnej lewej, po amputacji:</b>	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym

<b>Proteza kończyny górnej prawej, po amputacji:</b>	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym
<b>Proteza kończyny dolnej lewej, po amputacji:</b>	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> na poziomie stopy lub podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym
<b>Proteza kończyny dolnej prawej, po amputacji:</b>	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> na poziomie stopy lub podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym
<b>Przyczyna amputacji kończyny:</b>	<input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka:
<b>Czy okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Czy posiadana proteza była naprawiana:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Czy gwarancja na naprawę upłynęła:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):</b>	
<b>Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Data:	
W ramach:	
Data:	
W ramach:	

### DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
<b>Numer rachunku bankowego:</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	

### ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

### Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

### Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

### Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

### Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz - w przypadkach tego wymagających - zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

### Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

### Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

### Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

### Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO - prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO - prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO - prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO - prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO - prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO - prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

### Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00 – 014 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

*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.*

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>	<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>

## **Lista załączników – OBSZAR C4:**

- aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne,
- akt urodzenia dziecka – w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej,
- dokument stanowiący opiekę prawną – jeśli sprawa dotyczy osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez opiekuna prawnego,
- pełnomocnictwo notarialne - jeśli wniosek składa pełnomocnik,
- zaświadczenie lekarskie (specjalista),
- oświadczenie RODO,
- dwie niezależne oferty (od dwóch niezależnych sprzedawców/usługodawców), dotyczące wybranego przedmiotu dofinansowania,
- karta gwarancyjna,
- oświadczenie o dochodach - fakultatywnie,
- oświadczenie o poruszaniu się na wózku inwalidzkim - fakultatywnie,
- zaświadczenie o pobieraniu nauki - fakultatywnie,
- dokument potwierdzający zatrudnienie (w tym wolontariat trwający co najmniej 6 miesięcy)
- fakultatywnie.

Informacja dodatkowa – dokumenty dołączasz do wniosku w formie:

- skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW (System Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON),
- kopii – w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem oświadczeń, które załączasz w oryginale.

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

– prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Amputacja/wrodzony brak kończyny w zakresie ręki	pieczętą, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja/wrodzony brak kończyny w zakresie przedramienia	pieczętą, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja/wrodzony brak ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętą, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja/wrodzony brak kończyny na poziomie podudzia	pieczętą, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja/wrodzony brak kończyny na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętą, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja/wrodzony brak uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętą, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja/wrodzony brak dwóch kończyn	pieczętą, <b>nr</b> i podpis lekarza

6. Ponadto – na podstawie zgromadzonej dokumentacji stwierdza się, że:

<p><b>Przyczyna amputacji/wrodzonego braku kończyny:</b>    <input type="checkbox"/> uraz                      <input type="checkbox"/> inna, jaka:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Aktualny stan procesu chorobowego:</b>    <input type="checkbox"/> stabilny                      <input type="checkbox"/> niestabilny</p> <p><b>Ocena zdolności do pracy</b> w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---

....., dnia.....  
miejsowość                      data

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

**Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę**

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
.....  
(Imię, Nazwisko, Adres)

## OŚWIADCZENIE RODO

Administrator zgodnie z art.13 RODO<sup>1</sup> informuje, że dane osobowe podane we wniosku będą przetwarzane w celu wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e RODO<sub>1</sub>) w ramach programu „Aktywny samorząd”, na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz na podstawie art. 35a ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, a także w celu realizacji prawnie uzasadnionych celów administratora w zakresie dochodzenia i obrony roszczeń (art. 6 ust.1 lit. f RODO).

- Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szamotułach z siedzibą ul. Wojska Polskiego 1, 64-500 Szamotuły,
- Podanie danych zawartych we wniosku jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji celu przetwarzania.
- Dla zapewnienia zgodności przetwarzania danych z RODO, Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować drogą mailową [iod@szamotuly.pcpr.pl](mailto:iod@szamotuly.pcpr.pl) lub pisemnie na adres siedziby Administratora.
- Dane osobowe po zakończeniu realizacji celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych dla dobra publicznego i przechowywane przez okres niezbędny do realizacji przepisów prawa.
- Przysługuje Państwu prawo (z wyjątkami określonymi w przepisach prawa), dostępu do danych osobowych i ich sprostowania, żądania usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli przetwarzanie Państwa danych narusza przepisy RODO.
- Państwa dane osobowe są udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów i nie podlegają zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji lub profilowaniu.

.....  
(podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)

---

<sup>1</sup> rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Ja niżej podpisany(a) .....zamieszkały(a)  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....  
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (zgodnie z punktem nr 1 poniższej instrukcji):

		Średni miesięczny dochód netto:
1.	Wnioskodawca: .....	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – należy poniżej wymienić tylko stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą:		X
2.		
3.		
4.		
5.		
<b>RAZEM:</b>		

Oświadczam, także że:

1. Średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi.....zł.

(słownie: .....)  
*należy obliczyć zgodnie z punktem nr 2 instrukcji;*

2. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

..... dnia ..... roku.

*miejscowość*

.....  
*czytelny podpis wnioskodawcy*

## INSTRUKCJA:

1. Poprzez wspólne gospodarstwo domowe należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.
2. Przez średni miesięczny dochód netto należy rozumieć średni miesięczny dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu netto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

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

### DODATKOWE INFORMACJE:

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie nie uwzględnia się:

- świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

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

!!Wnioskodawca, który prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe, czyli mieszka i utrzymuje się samodzielnie, składa oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów.

!!!Jeżeli wykazany średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator programu ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

### UWAGA:

1. W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie 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.
2. 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 2 do wniosku).



## Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorys naprawy protezy dla Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij formularz.

Jeżeli potrzebujesz zapewnienia dodatkowej dostępności informacyjno-komunikacyjnej, ustalimy Twoje prawo do żądania dostępności i je zrealizujemy lub zapewnimy dostęp alternatywny.

1. W przypadku pisma odręcznego – wypełnij WIELKIMI LITERAMI wyraźnym pismem.
2. Jeśli potrzebujesz wsparcia w celu zapewnienia dostępności lub w wypełnieniu formularza, zadzwoń na infolinię: 22 581 84 10.

Data:  Miejscowość:

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

Poziom amputacji:

Opis problemu:

Co trzeba zrobić:

### Specyfikacja proponowanych do wymiany elementów protezy wykonywanych fabrycznie

Lp.	Nazwa elementu	Producent i symbol elementu	Nazwa handlowa (jeśli jest)	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji w miesiącach	Cena brutto w złotych
1						
2						
3						
4						
5						
6						
Suma w złotych						0,00



## Specyfikacja proponowanych do wymiany elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla Wnioskodawcy/prac naprawczych

Lp.	Nazwa elementu / czynność naprawcza	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji w miesiącach	Cena brutto w złotych
1				
2				
3				
4				
5				
6				
Suma w złotych				0,00

Całkowita cena brutto proponowanej naprawy protezy (w złotych):

### Wystawca oferty dotyczącej specyfikacji i kosztorysu naprawy protezy:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu do kontaktu:



## Specyfikacja i kosztorys naprawy protezy dla Beneficjenta w ramach programu „Aktywny samorząd”

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij formularz.

Jeżeli potrzebujesz zapewnienia dodatkowej dostępności informacyjno-komunikacyjnej, ustalimy Twoje prawo do żądania dostępności i je zrealizujemy lub zapewnimy dostęp alternatywny.

1. W przypadku pisma odręcznego – wypełnij WIELKIMI LITERAMI wyraźnym pismem.
2. Jeśli potrzebujesz wsparcia w celu zapewnienia dostępności lub w wypełnieniu formularza, zadzwoń na infolinię: 22 581 84 10.

Data:  Miejscowość:

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

Poziom amputacji:

Opis problemu:

Co zostało zrobione:

### Specyfikacja wymienionych elementów protezy wykonywanych fabrycznie

Lp.	Nazwa elementu	Producent i symbol elementu	Nazwa handlowa (jeśli jest)	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji w miesiącach	Cena brutto w złotych
1						
2						
3						
4						
5						
6						
Suma w złotych						0,00



### Specyfikacja wymienionych elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla wnioskodawcy/prac naprawczych

Lp.	Nazwa elementu / czynność naprawcza	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji w miesiącach	Cena brutto w złotych
1				
2				
3				
4				
5				
6				
Suma w złotych				0,00

Całkowita cena brutto naprawy protezy (w złotych):

### Wystawca specyfikacji i kosztorysu naprawy protezy:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu do kontaktu: