



WNIOSEK „P” – wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu część A

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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola ☐)

☐ Moduł I

☐ Obszar A – Zadanie 1

Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób z dysfunkcją narządu ruchu

☐ Obszar A – Zadanie 4

Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób z dysfunkcją narządu słuchu

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię Nazwisko Data urodzenia r.

PESEL

lub w przypadku braku nr PESEL dokument tożsamości rodzaj i nr

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

☐ miasto ☐ wieś

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier. nr telefonu

nr tel. komórkowego:

e-mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:

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: ☐ okresowo do dnia: ☐ bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:
- | | |
|--|---|
| ☐ obu kończyn górnych | ☐ jednej kończyny górnej |
| ☐ obu kończyn dolnych | ☐ jednej kończyny dolnej |
| | ☐ innym |
- Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐
- Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐
- Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐
- Wnioskodawca nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się: ☐

☐ **NARZĄD WZROKU 04-O**, w zakresie:

Lewe oko:

Ostrość wzroku (w korekcji):

Zwężenie pola widzenia: stopni

Prawe oko:

Ostrość wzroku (w korekcji):

Zwężenie pola widzenia: stopni

- ☐ osoba niewidoma
- ☐ osoba głuchoniewidoma

☐ **NARZĄD SŁUCHU 03-L**, w zakresie:

Lewe ucho:

Ubytek słuchu: decybeli

Prawe ucho:

Ubytek słuchu: decybeli

- ☐ osoba głuchoniewidoma
- ☐ dysfunkcja wymaga korzystania przez Wnioskodawcę z usług tłumacza języka migowego

☐ **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| ☐ 01- U upośledzenie umysłowe | ☐ 06- E epilepsja | ☐ 08- T choroby układu pokarmowego | ☐ 10- N choroby neurologiczne | ☐ 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe |
| ☐ 02- P choroby psychiczne | ☐ 07- S choroby układu oddechowego i krążenia | ☐ 09- M choroby układu moczowo - pęciowego | ☐ 11- I inne | |

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

- ☐ niezatrudniona/y: od dnia:
- ☐ zarejestrowany w urzędzie pracy jako:
- ☐ bezrobotna/y: od ☐ poszukująca/y pracy:
- ☐ nie dotyczy

☐ zatrudniona/y: od dnia: do dnia: ☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki: ☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące ☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące ☐ umowa cywilnoprawna, zawarta na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się) ☐ staż zawodowy Okresy zatrudnienia mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia.		Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
☐ działalność gospodarcza Nr NIP:	☐ na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr dokonanego w urzędzie: ☐ inna, jaka i na jakiej podstawie:	
☐ działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:	

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I

☐ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	☐ LICEUM	☐ TECHNIKUM
☐ SZKOŁA POLICEALNA	☐ KOLEGIUM	☐ INNA, jaka:
☐ STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	☐ STUDIA PODYPLOMOWE	☐ STUDIA DOKTORANCKIE
☐ STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		☐ nie dotyczy

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy

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 przed rokiem, w którym został złożony wniosek (lata 2016-2019), w tym poprzez PCPR lub MOPR?		tak ☐ nie ☐
Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Wysokość otrzymanego dofinansowania

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:

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, zgodnie z ust. 31 pkt 43 dokumentu pn. „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku”

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – dot. tylko Modułu I

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, 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. 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 powtórzonego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (w tym, jeśli dotyczy, należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu/zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia)	
2) 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.	☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie ☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) 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
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - nie
5) 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)? <u>Wniosek nie uzyska dodatkowych punktów, jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</u>	☐ - nie ☐ - nie dotyczy ☐ - tak (proszę opisać):
6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. <u>Wniosek nie uzyska dodatkowych punktów, jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</u>	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny? <u>Wniosek nie uzyska dodatkowych punktów, jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</u>	☐ - tak ☐ - nie
Czy Wnioskodawca w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? <u>Wniosek nie uzyska dodatkowych punktów, jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</u>	☐ - tak ☐ - nie

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie 1, 4

STRONA 5

Zadanie 1 Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
☐ dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
☐ automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	
☐ elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
☐ specjalne siedzenia	
☐ elektroniczna obrotowa przyspieszenia	
☐ ręczny gaz – hamulec	
☐ przedłużenie pedałów	
☐ sterowanie elektroniczne	
☐ podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	
☐ przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
☐ system wspomagania parkowania	
☐ inne, jakie:	
RAZEM	

Zadanie 4 Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Komunikatory/tablice	
Tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych	
Oprogramowanie, jakie:	
Aplikacje, jakie:	
Sygnalizator	
Dodatkowe oświetlenie	
Wskaźniki optyczne	
inne, jakie:	
inne, jakie:	
inne, jakie:	
inne, jakie:	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

ZADANIE (wkład własny co najmniej 15%)	Orientacyjna cena brutto (zgodnie z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Zadanie 1		
Zadanie 4		

6. Informacje uzupełniające

☐ Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki: rok produkcji nr rejestracyjny ☐ Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu
☐ Jestem posiadaczem samochodu: marka: rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy).....
☐ Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa)..... jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka: rok produkcji nr rejestracyjny
☐ NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU ☐ POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:
CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU: ☐ NIE ☐ TAK w roku w ramach a także w roku w ramach

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu sochaczewskiego i **nie będę w danym roku ubiegał/a się** odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego):
☐ 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,
4. w okresie ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek **uzyskałam(em)** pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: ☐ tak - ☐ nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania
(w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 15%** ceny brutto),
6. **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż środki finansowe stanowiące udział własny mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
7. **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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
9. **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,
10. **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT,
11. **wyrażam zgodę** na otrzymywanie wiadomości SMS oraz e-mail dotyczących realizacji niniejszego wniosku.

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.

..... dnia/...../20..... r.

.....

podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 14 -16)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (PCPR) (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) – dot. Zadania A 1 lub orzeczenia równoważnego	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)	☐	☐	
3.	ZADANIE A 1 - W przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń – <u>zaświadczenie lekarza specjalisty</u> potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu; zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim	☐	☐	
4.	ZADANIE A 4 - W przypadku Wnioskodawcy z dysfunkcją narządu słuchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń – <u>zaświadczenie lekarza specjalisty (lub inny dokument)</u> , potwierdzające ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db); zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3a do formularza wniosku)	☐	☐	
5.	Oświadczenie – Klauzula informacyjna zgodna z RODO (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
6.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
7.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, reprezentowanej przez opiekuna prawnego	☐	☐	
8.	Plan aktywizacji (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku)	☐	☐	
9.	Fakturę/y pro-forma dotyczącą/ej planowanego zakupu sprzętu/usługi	☐	☐	
10.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – dokument potwierdzający zatrudnienie	☐	☐	
11.	Kserokopia/skan dokumentu potwierdzającego własność/współwłasność/posiadanie samochodu	☐	☐	
12.	W przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego posiadającego aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny – kserokopia/skan tego dokumentu	☐	☐	
13.	W przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego, który został poszkodowany w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych - dokument potwierdzający wystąpienie zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej lub innego zdarzenia losowego wystawiony przez właściwą jednostkę	☐	☐	
14.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
15.		☐	☐	
16.		☐	☐	

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 zgode członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 2 do formularza wniosku).

Załącznik nr 2 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Klauzula informacyjna zgodna z RODO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych:.....

(imię i nazwisko)

oraz (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić) mojego dziecka/podopiecznego:

(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

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

niezbędnych dla potrzeb realizacji procesu: PILOTAŻOWY PROGRAM „AKTYWNY SAMORZĄD” zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, a także przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. poz. 1000 z późn. zm.).

Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

Informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych podanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 65 w Sochaczewie, kod pocztowy: 96-500, tel. 46 8641801, adres email: pcprsoch@powiatsochaczew.pl oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13.

2. Inspektorem Ochrony Danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 65 w Sochaczewie jest: Paulina Klatt tel. 46 864 18 01 e-mail: pcprsoch@powiatsochaczew.pl

3. Celem zbierania danych jest: DOFINANSOWANIE W RAMACH PILOTAŻOWEGO PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD”.

4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.

5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji zadania określonego w pkt 3. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwa realizacja w/w zadania.

6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy przepisów prawa. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych.

7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.

8. Administrator danych nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych, rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U. Nr 14 poz. 67 z późn. zm.), licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

10. Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Sochaczewie przy ul. Piłsudskiego 65, będą przekazane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – PFRON przetwarza dane Wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

Niniejszą klauzulę 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.

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A4)
- **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 pieczętką**):

☐	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
☐	Inna dysfunkcja ucha lewego	
☐	Inna dysfunkcja ucha prawego	

**PLAN AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ, EDUKACYJNEJ, I/LUB SPOŁECZNEJ,
KTÓRY BĘDZIE ELEMENTEM OCENY WNIOSKU**

Uzasadnienie wniosku – plan aktywizacji			
Obszar aktywizacji	Czego nie mogę osiągnąć lub zrobić aktualnie i w czym pomoże mi uzyskanie dofinansowania	Co będę mógł osiągnąć i jakie związane z tym działania podejmę po otrzymaniu dofinansowania	Planowany termin realizacji zadania
Zawodowej			
Edukacyjnej			
Społecznej			

.....
Data

.....
Podpis Wnioskodawcy