



Data wpływu:  
Nr sprawy:

**WNIOSEK „M-III”  
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu  
„Aktywny Samorząd”**

**Moduł III – Zadanie 1 Pomoc w zamianie architektonicznie niedostępnego  
mieszkania, które spełnia indywidualne kryterium dostępności**

Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.

<b>DANE WNIOSKODAWCY</b>	
<b>ROLA WNIOSKODAWCY</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Zawartość</b>
<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 opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie
<b>Nazwa właściwego sądu:</b>	
<b>Data wydania dokumentu:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego notarialnie z dnia:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełny 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

Do wniosku należy dołączyć skan pełnomocnictwa umieszczając go na liście załączników.

<b>DANE WNIOSKODAWCY</b>	
<b>DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Zawartość</b>
<b>Imię:</b>	

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 lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

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

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 DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

### NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

#### STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> Ważne bezterminowo <input type="checkbox"/> Ważne okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa

#### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- 04-O – narząd wzroku
- 05-R – narząd ruchu
- 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
Czy osoba z niepełnosprawnością posiada orzeczenie wydane z powodu dysfunkcji narządu wzroku?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy osoba z niepełnosprawnością ma problemy z samodzielnym poruszaniem się ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Czy osoba z niepełnosprawnością porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

### KORZYSTANIE 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
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>	

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:

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

Wnioskodawca może uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, w odniesieniu do celu programu, jakim jest likwidacja barier w dostępie do mieszkania spełniającego indywidualne kryterium dostępności dla beneficjenta pomocy, poprzez pomoc w zamianie architektonicznie niedostępnego mieszkania na mieszkanie spełniające indywidualne kryterium dostępności, znajdujące się w lokalizacji umożliwiającej samodzielne opuszczenie budynku, aż do poziomu zero przed budynkiem.

(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

Czy Wnioskodawca uzyskał w ciągu ostatnich 3 lat pomoc ze środków PFRON na pokrycie kosztów zmiany

**mieszkania:**

tak  nie

**PRZEDMIOT WNIOSKU – Informacje o mieszkaniu, na które ma zostać zmienione obecne mieszkanie**

Wartość, w tym planowana (w zł)	
Kwota wnioskowana (w zł)	
Powierzchnia, w tym planowana (w m <sup>2</sup> )	

Stopień / planowany stopień dostosowania mieszkania do wymogów osób z niepełnosprawnością:  
 Mieszkanie w pełni/całkowicie spełnia/powinno spełniać moje oczekiwania w zakresie dostępności  
 Mieszkanie częściowo spełnia/powinno spełniać moje oczekiwania w zakresie dostępności, dając mi samodzielność w poruszaniu się w mieszkaniu i wyjście z mieszkania na zewnątrz

Rodzaj / planowany rodzaj udogodnień:  
 Dostępny poziom zerowy budynku (w tym podjazd)  
 Windy (z dostępnym wjazdem dla wózka)  
 Mieszkanie jest na parterze  
 Ogólnodostępna powierzchnia budynku jest bez progów i stopni (poziom zerowy)  
 Szeroki korytarz prowadzący do mieszkania  
 Szerokie drzwi wejściowe do mieszkania/domu  
 Dostępne architektonicznie, szerokie wejścia do pomieszczeń w mieszkaniu  
 Prysznic (bez konieczności dostosowania)  
 Wanna (bez konieczności dostosowania)  
 Łatwy dostęp do urządzeń sanitarnych (ułatwienia dla osób z niepełnosprawnością)  
 Bezpieczna powierzchnia podłóg w mieszkaniu (bez progów, stopni, antypoślizgowa)  
 Łatwy dostęp do okien  
 Inne, jakie

Piętro / planowane piętro:  
 Mieszkanie poniżej poziomu „0”  
 Parter  
 Piętra od 1 do 5  
 Piętra od 6 do 10  
 Powyżej 10 piętra

Typ / planowany typ mieszkania uzyskanego w ramach zmiany:  
 Dom jednorodzinny  
 Mieszkanie

Powierzchnia / planowana powierzchnia użytkowa mieszkania:  
 do 30m<sup>2</sup>  
 od 31 do 50m<sup>2</sup>  
 od 51 do 70 m<sup>2</sup>  
 powyżej 70m<sup>2</sup>

Wszyscy użytkownicy / planowani użytkownicy mieszkania:  
 Będę mieszkać samodzielnie  
 Będę mieszkać z rodziną  
 Będę mieszkać z innymi osobami

Liczba / planowana liczba dodatkowych użytkowników mieszkania (należy wskazać wszystkie osoby poza osobą, która ma uzyskać dofinansowanie):  
 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 Więcej niż 5

Liczba / planowana liczba osób niepełnosprawnych spośród dodatkowych użytkowników mieszkania (poza osobą,

która ma uzyskać dofinansowanie):	
<input type="checkbox"/> 0	
<input type="checkbox"/> 1	
<input type="checkbox"/> 2	
<input type="checkbox"/> 3	
<input type="checkbox"/> 4	
<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Więcej niż 5	
Powierzchnia na jedną osobę	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer mieszkania	
Kod pocztowy	
Poczta	

### PRZEDMIOT WNIOSKU – Informacje o mieszkaniu z którego obecnie korzysta osoba z niepełnosprawnością

Wartość mieszkania w zł	
Powierzchnia mieszkania w m <sup>2</sup>	
Stopień niedostosowania Mieszkania do wymogów osób z niepełnosprawnością	
<input type="checkbox"/> Mieszkanie całkowicie nie spełnia moich oczekiwań w zakresie dostępności	
<input type="checkbox"/> Mieszkanie częściowo nie spełnia moich oczekiwań w zakresie dostępności, nie zapewnia mi samodzielności w poruszaniu się w mieszkaniu i wyjścia z mieszkania na zewnątrz	
Braki udogodnień dostępności:	
<input type="checkbox"/> Niedostępny poziom zerowy budynku (w tym brak podjazdu)	
<input type="checkbox"/> Mieszkanie nie jest położone na parterze/brak windy	
<input type="checkbox"/> Winda niedostępna dla osób poruszających się przy pomocy wózka inwalidzkiego	
<input type="checkbox"/> W ogólnodostępnej powierzchni budynku są progi i stopnie (poziom zerowy)	
<input type="checkbox"/> Zbyt wąski korytarz prowadzący do mieszkania	
<input type="checkbox"/> Zbyt wąskie drzwi wejściowe do mieszkania/domu	
<input type="checkbox"/> Zbyt wąskie drzwi/wejścia do pomieszczeń w mieszkaniu	
<input type="checkbox"/> Niedostosowany prysznic	
<input type="checkbox"/> Niedostosowana wanna	
<input type="checkbox"/> Utrudniony dostęp do urządzeń sanitarnych (bez ułatwień dla osób z niepełnosprawnością)	
<input type="checkbox"/> Niebezpieczna powierzchnia podłóg w mieszkaniu (progi, stopnie, materiały nie antypoślizgowa)	
<input type="checkbox"/> Utrudniony dostęp do okien	
<input type="checkbox"/> Inne, jakie:	
Piętro:	
<input type="checkbox"/> Mieszkanie poniżej poziomu „0”	
<input type="checkbox"/> Parter	
<input type="checkbox"/> Piętra od 1 do 5	
<input type="checkbox"/> Piętra od 6 do 10	
<input type="checkbox"/> Powyżej 10 piętra	
Typ posiadanego mieszkania:	
<input type="checkbox"/> Dom jednorodzinny	
<input type="checkbox"/> Mieszkanie	

Rodzaj mieszkania: <input type="checkbox"/> Własnościowe <input type="checkbox"/> Spółdzielcze własnościowe	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer mieszkania	
Kod pocztowy	
Poczta	

### DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

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
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

### OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU

Lp.	Treść oświadczenia
1	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> informacje podane przeze mnie we wniosku i załącznikach do wniosku, są zgodne z prawdą.
2	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> dysponuję tytułem prawnym do lokalu na mocy prawa własności lub spółdzielczego własnościowego prawa do lokalu.
3	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> posiadana/zamieszkała przeze mnie nieruchomość ze względu na bariery architektoniczne w mieszkaniu i/lub w budynku uniemożliwia mi samodzielne wyjście na zewnątrz na poziom zero.
4	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> Mieszkanie uzyskane w ramach zmiany spełnia/spełni kryterium braku barier architektonicznych, jest/będzie w lokalizacji umożliwiającej samodzielne opuszczenie budynku, aż do poziomu zero przed budynkiem
5	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> będąc opiekunem osoby, której dotyczy wniosek, wspólnie z nią zamieszkuję.
6	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
7	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> przyjmuję do wiadomości i stosowania, że Realizator programu ma prawo dokonać kontroli zgodności stanu faktycznego ze stanem deklarowanym w oświadczeniach, co oznacza także zgodę na przeprowadzenie kontroli w mieszkaniu, co do którego składane są oświadczenia.
8	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> przyjmuję do wiadomości i stosowania, że mieszkanie zakupione przy udziale środków programu nie może być zakupione od osób spokrewnionych.

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.

Wniosek, Aktywny Samorząd – Moduł III, Zadanie 1- pomoc w zamianie architektonicznie niedostępnego mieszkania, które spełnia indywidualne kryterium dostępności

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

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista


### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.

Plik

Lp.	Plik

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.

Plik

Lp.	Plik

Wzór zaświadczenia lekarskiego „Aktywny samorząd” Moduł III zadanie 1  
(dysfunkcja narządu ruchu)

Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1

Stempel ZOZ lub praktyki lekarskiej

\_\_\_\_\_ , data \_\_\_\_\_

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>**

**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu  
„Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. Nr PESEL Pacjenta.....
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się dysfunkcję narządu ruchu Pacjenta, powodującą problemy w samodzielnym poruszaniu. Brak możliwości samodzielnego poruszania się przez Pacjenta dotyczy użytkowanego mieszkania, wyjścia z mieszkania, z budynku oraz poruszania się na zewnątrz budynku.
4. Uwagi (nie są wymagane): .....

Pieczętka, nr i podpis lekarza:

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Zaświadczenie może być wystawione przez lekarza specjalistę w zakresie dysfunkcji narządu ruchu lub lekarza sprawującego opiekę medyczną nad Pacjentem (lekarz rodzinny, POZ). Zaświadczenie składa wraz z wnioskiem o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1, wyłącznie osoba doświadczająca dysfunkcji narządu ruchu w stopniu, który powoduje problemy w samodzielnym poruszaniu się, która posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub równoważne), lub orzeczenie o niepełnosprawności z przypadku osób do 16 roku życia, które to orzeczenie zostało wydane z innego powodu niż 05-R (lub orzeczenie nie wskazuje przyczyny niepełnosprawności). Bez zaświadczenia wystawionego/ potwierdzonego przez lekarza w tym przypadku, wniosek o dofinansowanie będzie niekompletny, co spowoduje negatywną weryfikację formalną wniosku. Zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku. POWIAT może zwolnić z obowiązku złożenia zaświadczenia, gdy rodzaj schorzenia/ niepełnosprawności ma charakter stały, a dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym poruszaniu się w stopniu wskazanym w pkt 3) został potwierdzony zaświadczeniem wystawionym w terminie wcześniejszym (lub w innym dokumencie).

Wzór zaświadczenia lekarskiego „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1  
(dysfunkcja narządu wzroku)

Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1

Stempel ZOZ lub praktyki lekarskiej

\_\_\_\_\_ Miejsowość \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>**

### **wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. Nr PESEL Pacjenta: .....
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku (całkowity lub prawie całkowity brak wzroku), Pacjenta, dotyczy (właściwe należy zaznaczyć):
  - 1) obniżenia ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni,
  - 2) w przypadku osoby do 16 roku życia – obniżenia ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,
  - 3) obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub zwężenie pola widzenia do 30 stopni.
4. Uwagi (nie są wymagane): .....

Pieczętka, nr i podpis lekarza:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Zaświadczenie może być wystawione przez lekarza specjalistę w zakresie dysfunkcji narządu wzroku lub lekarza sprawującego opiekę medyczną nad Pacjentem (lekarz rodzinny, POZ). Zaświadczenie składa wraz z wnioskiem o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1, wyłącznie osoba doświadczająca dysfunkcji narządu wzroku, która posiada orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, lub orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku osoby do 16 roku życia, które to orzeczenie zostało wydane z innego powodu niż O4-O. Bez zaświadczenia wystawionego/ potwierdzonego przez lekarza wniosek o dofinansowanie będzie niekompletny, co spowoduje negatywną weryfikację formalną wniosku. Zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku. POWIAT może zwolnić z obowiązku złożenia zaświadczenia, gdy dysfunkcja narządu wzroku (w stopniu, o którym mowa w pkt 3 zaświadczenia) została potwierdzona zaświadczeniem wystawionym w terminie wcześniejszym (lub w innym dokumencie).

Wzór zaświadczenia lekarskiego „Aktywny samorząd” Moduł III zadanie 1  
(dysfunkcja narząd ruchu - wózek)

Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1

Stempel ZOZ lub praktyki lekarskiej

\_\_\_\_\_ , data \_\_\_\_\_

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>**

**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu  
„Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. Nr PESEL Pacjenta:.....
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się brak możliwości samodzielnego poruszania się przez Pacjenta bez użycia wózka inwalidzkiego. Brak możliwości samodzielnego poruszania się przez Pacjenta bez użycia wózka inwalidzkiego dotyczy wyjścia z mieszkania, z budynku oraz poruszania się na zewnątrz budynku.
4. Uwagi (nie są wymagane): .....

Pieczętka, nr i podpis lekarza:

<sup>1</sup> Zaświadczenie może być wystawione przez lekarza specjalistę w zakresie dysfunkcji narządu ruchu lub lekarza sprawującego opiekę medyczną nad Pacjentem (lekarz rodzinny, POZ). Zaświadczenie składa wraz z wnioskiem o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1, wyłącznie osoba doświadczająca dysfunkcji narządu ruchu w stopniu wymagającym korzystania z wózka inwalidzkiego, która posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub równoważne), lub orzeczenie o niepełnosprawności z przypadku osób do 16 roku życia, które to orzeczenie zostało wydane z innego powodu niż 05-R (lub orzeczenie nie wskazuje przyczyny niepełnosprawności). Bez zaświadczenia wystawionego/ potwierdzonego przez lekarza w tym przypadku, wniosek o dofinansowanie będzie niekompletny, co spowoduje negatywną weryfikację formalną wniosku. Zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku. POWIAT może zwolnić z obowiązku złożenia zaświadczenia, gdy rodzaj schorzenia/ niepełnosprawności ma charakter stały, a brak możliwości poruszania się bez użycia wózka inwalidzkiego (w stopniu wskazanym w pkt 3) został potwierdzony zaświadczeniem wystawionym w terminie wcześniejszym (lub w innym dokumencie).

## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Ja niżej podpisany/a/ .....zamieszkały/a/

.....  
/miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania/

na podstawie rozdziału II ust. 13 dokumentu pn. *Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w module III programu „Aktywny samorząd”*, oświadczam, iż składam wniosek w formie papierowej z powodu wykluczenia cyfrowego, a tym samym braku możliwości złożenia wniosku w formie elektronicznej za pośrednictwem systemu SOW.

....., dnia ..... r.  
miejscowość

.....  
podpis Wnioskodawcy

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

## OŚWIADCZENIE

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Lipsku,
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 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), [www.pcpripsko.samorząd.pl](http://www.pcpripsko.samorząd.pl), a także w siedzibie PCPR w Lipsku,
4. 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,
5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć w ciągu kolejnych 14 dni od daty otrzymania pisma z PCPR lub informacji w systemie SOW oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. oświadczam, że dane zawarte we wniosku są aktualne.

*Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.  
O zmianach zaistniałych w oświadczeniu zobowiązuje się poinformować PCPR w Lipsku w ciągu 14 dni*

....., dn. ....

.....

Podpis oświadczającego

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Na podstawie 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lipsku (ul. Hłżecka 6, 27-300 Lipsko, telefon kontaktowy: 48 378 10 11).**
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu ustalenia prawa do dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 4) Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – zwanymi dalej łącznie aktami prawnymi. Podstawą przetwarzania danych jest również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tj. wyrażona przez Państwa zgoda dla kategorii danych osobowych podanych dobrowolnie, to znaczy innych niż wymaganych przepisami prawa dla realizacji świadczenia.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres związany z realizacją świadczeń a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji PCPR.
- 6) Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
- 7) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 8) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
  - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 9) Podanie przez Państwa danych osobowych wymaganych dla realizacji świadczenia na podstawie aktów prawnych wskazanych w pkt. 4 jest obowiązkowe – nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Brak przekazania przez Państwa danych osobowych oznaczonych jako dobrowolne pozostaje bez wpływu na rozpatrzenie złożonego wniosku.
- 10) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez PCPR umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku

z realizacją przysługujących Państwu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w tym do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że zapoznałam/ zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej oraz znane mi są przysługujące prawa ochrony moich danych osobowych.

.....

(miejsowość data)

.....

(czytelny podpis)