



Data wpływu:

Nr sprawy:

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

**Moduł III – Zadanie 2 Pomoc w wynajęciu samodzielnego mieszkania, które spełnia  
indywidualne kryterium dostępności**

**DANE WNIOSKODAWCY  
ROLA WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
Z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<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

**DANE WNIOSKODAWCY  
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	

<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>	
<b>Numer lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
<b>Numer telefonu:</b>	
<b>Adres email:</b>	

#### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>	
<b>Numer lokalu:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

#### DANE MOCODAWCY

##### DANE PERSONALNE MOCODAWCY

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

#### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>	
<b>Numer lokalu:</b>	

<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Numer telefonu:</b>	
<b>Adres email:</b>	

## NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

### STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB 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
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa
<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

Nazwa pola	Zawartość
<b>Czy osoba z niepełnosprawnością posiada orzeczenie wydane z powodu dysfunkcji narządu słuchu</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Czy osoba z niepełnosprawnością posiada orzeczenie wydane z powodu dysfunkcji narządu wzroku</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Czy osoba z niepełnosprawnością porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB MOCODAWCY

Aktywność zawodowa:

- nie dotyczy  
 osoba nieaktywna zawodowo  
 osoba poszukująca pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)  
 Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):  
 osoba zatrudniona

### WNIOSKODAWCA LUB MOCODAWCA JEST ABSOLWENTEM

- Nie dotyczy

Rodzaj placówki:	Data zakończenia:
<input type="checkbox"/> Szkoła przysposabiająca do pracy	
<input type="checkbox"/> Szkoła podstawowa	
<input type="checkbox"/> Zasadnicza Szkoła Zawodowa lub branżowa I stopnia	
<input type="checkbox"/> Technikum lub szkoła branżowa II stopnia	
<input type="checkbox"/> Liceum	
<input type="checkbox"/> Szkoła policealna	
<input type="checkbox"/> Kolegium	
<input type="checkbox"/> Studia I stopnia	
<input type="checkbox"/> Studia II stopnia	
<input type="checkbox"/> Studia magisterskie (jednolite)	
<input type="checkbox"/> Studia podyplomowe	
<input type="checkbox"/> Studia doktoranckie	
<input type="checkbox"/> Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)	
<input type="checkbox"/> Szkoła doktorska	
<input type="checkbox"/> Uczelnia zagraniczna	
<input type="checkbox"/> Każda inna, jaka:	

### WNIOSKODAWCA LUB MOCODAWCA JEST OSOBĄ OPUSZCZAJĄCĄ

- Rodzinę zastępczą  
 Rodzinny dom dziecka  
 Placówkę opiekuńczo-wychowawczą  
 Warsztat terapii zajęciowej  
 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
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:**

**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, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wzrost niezależności beneficjentów oraz ułatwienie im aktywności zawodowej i społecznej poprzez zapewnienie samodzielnego mieszkania spełniającego**

**indywidualne kryterium dostępności dla beneficjenta**

**Poprzez indywidualne kryterium dostępności należy każdorazowo rozumieć taką dostępność architektoniczną mieszkania/domu jednorodzinne, która pozwala osobie ze szczególnymi potrzebami korzystać z niego w sposób bezpieczny i maksymalnie samodzielny.**

**(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

Zadanie	Kwota dofinansowania
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>	

**PRZEDMIOT WNIOSKU – Informacja o wynajmowanym mieszkaniu**

Pomoc jest udzielana w okresie maksymalnie do 36 miesięcy, przy czym każdorazowo po upływie 12 miesięcy dofinansowania, warunkiem udzielenia dalszej pomocy jest wykazanie zatrudnienia przez beneficjenta.

Dla każdego kolejnego okresu: I - do 12 miesięcy, II - od 13 miesięcy do 24 miesięcy, III – od 25 miesięcy do 36 miesięcy należy złożyć odrębny wniosek.

Dofinansowanie ma charakter degresywny i wynosi:

- a) od 1 do 12 miesiąca – 100% kosztów najmu, nie więcej jednak niż 100% miesięcznej wysokości maksymalnej kwoty dofinansowania dla danej lokalizacji wynajmowanego lokalu mieszkalnego lub domu jednorodzinne;
- b) od 13 do 24 miesiąca – 70% kosztów najmu, nie więcej jednak niż 70% miesięcznej wysokości maksymalnej kwoty dofinansowania dla danej lokalizacji wynajmowanego lokalu mieszkalnego lub domu jednorodzinne;
- c) od 25 do 36 miesiąca – 40% kosztów najmu, nie więcej jednak niż 40% miesięcznej wysokości maksymalnej kwoty dofinansowania dla danej lokalizacji wynajmowanego lokalu mieszkalnego lub domu jednorodzinne.

Wnioskowane wsparcie dotyczy kosztów wynajmu mieszkania dofinansowanego ze środków PFRON	Kwota wnioskowana
W okresie od ..... do .....	
Razem:	
Miesięczna, w tym planowana, kwota kosztów wynajmu mieszkania (wartość brutto w zł)	
Czy koszty związane z eksploatacją wynajmowanego mieszkania są wymienione kwotowo w umowie najmu lub będą wymienione kwotowo w planowanej umowie najmu? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Miesięczne koszty związane z eksploatacją wynajmowanego mieszkania - w części przypadającej na Wnioskodawcę (wartość brutto w zł)	

Stopień dostosowania/ planowany stopień dostosowania mieszkania do wymogów osób z niepełnosprawnością: <input type="checkbox"/> Mieszkanie w pełni/całkowicie spełnia/powinno spełniać moje oczekiwania w zakresie dostępności <input type="checkbox"/> Mieszkanie częściowo spełnia/powinno spełniać moje oczekiwania w zakresie dostępności, dając mi samodzielność w poruszaniu się w mieszkaniu i wyjście z mieszkania na zewnątrz	
Powierzchnia użytkowa / planowana powierzchnia użytkowa mieszkania: <input type="checkbox"/> do 30m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> od 31 do 50m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> od 51 do 70 m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> powyżej 70m <sup>2</sup>	
Wszyscy użytkownicy / planowani użytkownicy mieszkania: <input type="checkbox"/> Będę mieszkać samodzielnie <input type="checkbox"/> Będę mieszkać z rodziną <input type="checkbox"/> Będę mieszkać z innymi osobami	
Liczba / planowana liczba dodatkowych użytkowników mieszkania (należy wskazać wszystkie osoby poza osobą, która ma uzyskać dofinansowanie): <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	
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	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
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"/> nie jestem właścicielem mieszkania ani nie przysługuje mi spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego w miejscowości realizowania aktywności zawodowej
3	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> poszukuję zatrudnienia w miejscowości, w której znajduje się mieszkanie, którego dotyczy wniosek o wsparcie <input type="checkbox"/> podjęłam/podjąłem zatrudnienie w miejscowości, w której znajduje się mieszkanie, którego dotyczy wniosek o wsparcie.
4	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.
5	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.
6.	Oświadczam, że: przyjmuję do wiadomości i stosowania, że mieszkanie nie może być wynajmowane od osób spokrewnionych.

#### 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.

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

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

Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 2

Stempel ZOZ lub praktyki lekarskiej

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

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

**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu  
„Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 2**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. Nr PESEL Pacjenta: .....
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta, dotyczy ubytku słuchu powyżej 70 decybeli (db) w co najmniej w jednym uchu.
4. Uwagi (nie są wymagane): .....

Pieczętka, nr i podpis lekarza:

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Zaświadczenie może być wystawione przez lekarza specjalistę w zakresie dysfunkcji narządu słuchu 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 2, wyłącznie osoba doświadczająca dysfunkcji narządu słuchu, która posiada orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, które to orzeczenie zostało wydane z innego powodu niż O3-L. 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 słuchu (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 2 (dysfunkcja narządu wzroku)

Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 2  
Stempel ZOZ lub praktyki lekarskiej

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

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

### **wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 2**

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 (właściwie 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) 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 2, wyłącznie osoba doświadczająca dysfunkcji narządu wzroku, która posiada orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, które to orzeczenie zostało wydane z innego powodu niż 04-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).

## 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)