

Data wpływu:

Nr sprawy:

**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 6
pomoc w zakupie manualnego wózka multipozycyjnego lub jego niezbędnego wyposażenia**

DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny 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
Nazwa właściwego sądu:	
Data wydania dokumentu:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego notarialnie z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<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 byłem: 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:	
Pocшта:	
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:	
Pocшта:	

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:	
Pocztą:	
Rodzaj miejscowości:	
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
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
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 <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<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 niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub 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
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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA 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 zobowiązanie” 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

Posiadam wózek inwalidzki elektryczny:

☐ tak ☐ nie

Posiadam skuter inwalidzki elektryczny:

☐ tak ☐ nie

Posiadam manualny wózek multipozycyjny:

☐ tak ☐ nie

Posiadam inny wózek ręczny:

☐ 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 6

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
Model wózka manualnego multipozycyjnego:		
<input type="checkbox"/> Elektryczne odchylanie oparcia		
<input type="checkbox"/> Elektryczne przechylenie siedziska		
<input type="checkbox"/> Hamulec dla opiekuna		
<input type="checkbox"/> Hamulec jednostronny		
<input type="checkbox"/> Klin odwodzący		
<input type="checkbox"/> Koła na różną nawierzchnię		
<input type="checkbox"/> Kółka antywywrotne		
<input type="checkbox"/> Napęd jednoręczny		
<input type="checkbox"/> Napęd wspomagający dla opiekuna		
<input type="checkbox"/> Pałak do prowadzenia wózka		
<input type="checkbox"/> Pasy biodrowe		
<input type="checkbox"/> Pasy stabilizujące		
<input type="checkbox"/> Peleryna p/deszczowa		
<input type="checkbox"/> Peloty piersiowe		
<input type="checkbox"/> Plecak użytkownika		
<input type="checkbox"/> Podnóżek z kompensacją długości kończyny		
<input type="checkbox"/> Podnóżek z płynnie regulowanym kątem gięcia w kolanie		

<input type="checkbox"/> Podparcia boczne tułowia		
<input type="checkbox"/> Poduszki podłokietnika rynienkowe, bądź podłokietniki dostosowane		
<input type="checkbox"/> Specjalistyczna poduszka przeciwoodleżynowa		
<input type="checkbox"/> Specjalistyczne oparcie o większym zakresie dopasowania i wyrównania kręgosłupa		
<input type="checkbox"/> Specjalistyczne półki na stopy z miękkim wyścieleniem		
<input type="checkbox"/> Stolik terapeutyczny/roboczy		
<input type="checkbox"/> Uchwyt lub torba na butlę z tlenem		
<input type="checkbox"/> Uchwyt lub torba na respirator		
<input type="checkbox"/> Uchwyt na kubek, telefon, tablet		
<input type="checkbox"/> Uprząże/kamizelki		
<input type="checkbox"/> Zagłówek zaawansowany, np. z możliwością podparcia części potylicznej, diademem		
<input type="checkbox"/> Inny przedmiot (opis w uzasadnieniu wniosku)		
Razem:		

Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:

Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:

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:	

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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy
-------------	------	---------------------

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

Pieczęć placówki

Załącznik do wniosku o dofinansowanie - „Aktywny samorząd” moduł I Obszar C Zadanie 6

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
POTWIERDZAJĄCE MOŻLIWOŚĆ UDZIAŁU
w programie „Aktywny samorząd” Obszar C Zadanie 6
(wypełnia lekarz POZ lub specjalista¹)

Imię i nazwisko Pacjenta

Numer PESEL Pacjenta

1. Na podstawie: badania podczas wizyty lub przeprowadzonego wywiadu lekarskiego lub po uzyskaniu opinii fizjoterapeuty stwierdzam, że Pacjent **w poniższym teście kontroli tułowia (TCT)** uzyskał łącznie:punktów:

Zbadaj sprawność	Wpisz ilość uzyskanych punktów
Przewrót na stronę słabszą (wybierz właściwe): 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	
Przewrót na stronę silniejszą (wybierz właściwe) 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	

¹ Zaświadczenie może wystawić lekarz zespołu opieki zdrowotnej lub specjalista w następujących dziedzinach:

- fizjoterapii
- neurologii, neurochirurgii lub neurochirurgii i neurotraumatologii
- onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów
- ortopedii i traumatologii lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu
- rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu
- reumatologii

Zbadaj sprawność	Wpisz ilość uzyskanych punktów
Balans w pozycji siedzącej - zdolność utrzymania stabilnej, wyprostowanej pozycji siedzącej bez podparcia (wybierz właściwe) 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	
Przejście z leżenia do siadu (wybierz właściwe) 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	

2. Pacjent z uwagi na potrzeby związane z ograniczeniami w pozycji siedzącej, wymaga zaopatrzenia (właściwe zakreśl lub zaznacz w inny sposób, można zaznaczyć obie opcje):
 - 1) Manualny wózek multipozycyjny
 - 2) Wyposażenie manualnego wózka multipozycyjnego
3. U Pacjenta występuje ryzyko odleżyn w następujących okolicach (zaznacz wszystkie, które dotyczą Pacjenta):
 - 1) Kość krzyżowa
 - 2) Guzki kulszowe
 - 3) Pośladki
 - 4) Pięty
 - 5) Łopatki
 - 6) Krętarze biodrowe
 - 7) Wypukła część kręgosłupa
 - 8) Okolice ud
 - 9) Okolice pleców

Informacja dotycząca potrzeb pacjenta związanych z użytkowaniem manualnego wózka inwalidzkiego multipozycyjnego lub jego wyposażenia

1. Pacjent wymaga manualnego wózka multipozycyjnego lub jego wyposażenia w związku z następującymi potrzebami i aktywnością (zaznacz wszystkie, które dotyczą Pacjenta):

- 1) Samoobsługa
- 2) Mobilność
- 3) Lokomocja
- 4) Komunikacja i kontakty społeczne
- 5) Zatrudnienie
- 6) Nauka i podnoszenie kwalifikacji
- 7) Leczenie lub rehabilitacja
- 8) Uczestnictwo w życiu społecznym i obywatelskim

2. Pacjent potrzebuje manualnego wózka multipozycyjnego do następującego zastosowania:

- 1) do użytku mieszkalnego (małe koła)
- 2) do użytku mieszkalnego i zewnętrznego (średnie koła)
- 3) do użytku zewnętrznego (duże koła, kółka antywywrotne)

3. Pacjent potrzebuje następujących funkcjonalności wózka lub wyposażenia:

- 1) Regulowane odchylenie oparcia i specjalne ortopedyczne siedzisko
- 2) Regulowana wysokość oparcia i głębokość siedziska
- 3) Odchylane lub demontowane podłokietniki ułatwiające transfer boczny i ubieranie
- 4) Odchylenia kąta podnóżków
- 5) Wielofunkcyjny zagłówek stabilizujący głowę i szyję
- 6) Pionizator
- 7) Funkcja toaletowa (materiały wodoodporne konieczne do użytku w łazience)
- 8) Funkcja toaletowa (otwór w siedzisku umożliwia mycie i korzystanie z toalety)
- 9) Zapobiegające odleżynom
- 10) Elementy wymagające napędu elektrycznego
- 11) System podnoszenia siedziska
- 12) System wspomagający dla opiekuna
- 13) Inne

4. Opinia dotycząca funkcjonalnego dostosowania proponowanego do dofinansowania manualnego wózka multipozycyjnego lub jego wyposażenia (w przedstawionych ofertach) do indywidualnych potrzeb i aktywności Pacjenta

- 1) Pacjent przedstawił..... ofert (wpisz liczbę przedstawionych ofert).
- 2) Z przedstawionych ofert pozytywnie oceniam pod względem funkcjonalnego dopasowania zakupu do potrzeb i aktywności Pacjenta, następującą ofertę (lub oferty), w kolejności:
 - a) Wszystkie oferty oceniam pozytywnie
 - b) Ofertę firmy:
 - c) Ofertę firmy:
 - d) Ofertę firmy:
- 3) Za całkowicie niedopasowaną do potrzeb i aktywności Pacjenta oceniam ofertę (lub oferty):
 - a) Wszystkie oferty oceniam negatywnie
 - b) Ofertę firmy:
 - c) Ofertę firmy:

Oświadczam, że aktualnie oraz w ciągu ostatnich 3 lat, nie byłem/nie byłam przedstawicielem prawnym lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów będących przedmiotem ww. ofert, ani nie jestem i nie byłem/byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

.....

Data, pieczęć i podpis lekarza POZ lub specjalisty

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI PRZECIĘTNEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU,
W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH**

(wypełnić TYLKO jeśli we wniosku nie zaznaczono opcji „Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia...”)

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

niniejszym oświadczam, że (**należy zaznaczyć właściwe**):

☐ prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe¹,

☐ razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym², pozostają następujące osoby:

		Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą (np. Mąż, żona, syn, córka itd.)	Średni miesięczny dochód netto (zł)
1	wnioskodawca	X	
2	Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego wnioskodawcy		
3			
4			
5			
6			
7			
		RAZEM	

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam co następuje:

1. wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu (netto) w gospodarstwie domowym¹ wynosi:

..... zł, tj. zł na osobę
(łączna kwota) (kwota łączna podzielona przez liczbę osób)

Przez przeciętny miesięczny dochód należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2022 r. Poz. 615 z późn. zmian.), 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 w 2023 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 20 września 2024 r. - M.P. 2024, poz. 820), według wzoru: $[(5451 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$; UWAGA: dochody z różnych źródeł sumują się.

2. prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
(data)

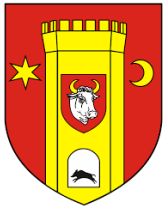
.....
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

¹ przez gospodarstwo domowe wnioskodawcy, w zależności od stanu faktycznego, należy rozumieć:

- samodzielne gospodarstwo - gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu,

2- wspólne gospodarstwo - gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny, przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/ opiekunów.

UWAGA: Na żądanie Starostwa Powiatowego w Człuchowie Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć dowody poświadczające wysokość uzyskanych dochodów. W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzją, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez Realizatora środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.



Klauzula RODO

W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych w ramach realizacji programu „Aktywny samorząd, na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 RODO tj. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 04.05.2016 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) informujemy, że:

1. Administratorami Państwa danych osobowych są:

- a) Starosta Człuchowski ul. Wojska Polskiego 1, 77-300 Człuchów,
- b) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa (PFRON)

2. Starostwo przetwarza Państwa dane osobowe, by zrealizować zadania dotyczące rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnościami. PFRON przetwarza Państwa dane osobowe w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu „Aktywny samorząd” oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

3. Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych jest:

- a) ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r. poz. 511 ze zm.), która jest podstawą uruchomienia i realizacji programu „Aktywny samorząd”. Warunki realizacji programu „Aktywny samorząd” zostały określone w:

- dokumencie pn „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów programu Aktywny samorząd w 2026 roku”,
- załączniku nr 3 do uchwały zarządu PFRON nr 19/2020 z 04.03.2020 r. pn. „Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach Modułu I i II pilotażowego programu Aktywny samorząd”,

- b) zawarta umowa o dofinansowanie.

4. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Starostwo Powiatowe w Człuchowie możecie się Państwo kontaktować z Inspektorem ochrony danych osobowych:

- a) pisemnie: Starostwo Powiatowe w Człuchowie ul. Wojska Polskiego 1, 77-300 Człuchów).
- b) poprzez e-mail: iod@czluchow.org.pl

5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości realizacji usługi, o którą się Państwo staracie.

6. Przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do swoich danych (na zasadach opisanych w art. 15 RODO);
- sprostowania swoich danych osobowych (na zasadach opisanych w art. 16 RODO);
- żądania usunięcia danych (na zasadach opisanych w art. 17 i 23 RODO).

7. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

8. Państwa dane osobowe będą ujawniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Dane również mogą zostać ujawnione podmiotom realizującym usługi na rzecz Starostwa.

Zapoznałem/łam się

.....
data i czytelny podpis

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, § 1 Kodeksu karnego i pouczony(a) o jego treści: „*kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8*”,
oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Człuchowskiego,
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą i stanem faktycznym, oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałem/łam się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Aktywny samorząd” w roku 2025 (m.in. z dokumentem „*Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów programu Aktywny Samorząd w 2026 r.*”), które przyjmuje do wiadomości i stosowania, oraz przyjąłem/łam do wiadomości, że treść programu jest dostępna pod adresem www.pfron.org.pl a także na stronie internetowej Starostwa Powiatowego w Człuchowie (starostwo.czluchow.org.pl),
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 spełnienie 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 NIEZWŁOCZNIE, w terminie wyznaczonym przez realizatora programu, oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. zobowiązuję się niezwłocznie informować realizatora programu o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku (w tym o posiadaniu nowego, aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, które kopię/ skan należy dostarczyć NIEZWŁOCZNIE po jego uzyskaniu),
7. przyjmuję do wiadomości, że uzyskane dofinansowanie będzie wypłacane w formie refundacji poniesionych kosztów (z wyjątkiem Modułu I, obszar D) na podstawie przedłożonych dokumentów rozliczeniowych,
8. **w ciągu ostatnich trzech lat nie byłem/łam stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.**

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

WKŁAD WŁASNY

Oświadczam, że posiadam środki finansowe w wysokości wystarczającej na obowiązkowy wkład własny kwoty brutto do realizacji zadania – wynikający z dokumentu „*Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów programu Aktywny samorząd w 2026 roku*” (punkt 22).

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy