

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

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

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

**DANE WNIOSKODAWCY**

**ROLA WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola                                                                           | Zawartość                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>                                                  | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> jako opiekun prawny niepełnoletniego podopiecznego<br><input type="checkbox"/> jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego<br><input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie<br><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"/> pełen zakres – od złożenia wniosku aż do zawarcia i rozliczenia umowy<br><input type="checkbox"/> zawarcie umowy<br><input type="checkbox"/> udzielanie wyjaśnień i uzupełnianie wniosku<br><input type="checkbox"/> złożenie wniosku<br><input type="checkbox"/> inne                                                                                                                                                                        |

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

**DANE WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola | Zawartość |
|------------|-----------|
|------------|-----------|

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

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

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

### ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

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

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

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

☐ Nie dotyczy

| Nazwa pola | Zawartość |
|------------|-----------|
|------------|-----------|

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

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

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

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

| Nazwa pola                                                           | Zawartość                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                                                                                       |
| Stopień niepełnosprawności:                                          | <input type="checkbox"/> znaczny<br><input type="checkbox"/> umiarkowany<br><input type="checkbox"/> lekki<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:                  | <input type="checkbox"/> ważne bezterminowo<br><input type="checkbox"/> ważne okresowo – do dnia:                                                  |
| Numer orzeczenia:                                                    |                                                                                                                                                    |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupa inwalidzka:</b>     | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                                                                       |
| <b>Niezdolność do pracy:</b> | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy<br><input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |

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

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

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

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

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

- ☐ nie dotyczy  
☐ osoba nieaktywna zawodowo  
☐ osoba bezrobotna/ (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)  
     Wpisz jak długo – podaj liczbę pełnych miesięcy:  
☐ osoba poszukująca pracy (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)  
☐ działalność gospodarcza  
☐ działalność rolnicza  
☐ osoba zatrudniona  
☐ Jestem na stażu zawodowym  
☐ Jestem wolontariuszem i mam porozumienie wolontariackie

### INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

| Forma zatrudnienia                                                 | Od dnia | Na czas nieokreślony                                      | Do dnia |
|--------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę |         | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |         |

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

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

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

**INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON**

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

☐ tak ☐ nie

| Zadanie                               | Kwota dofinansowania |
|---------------------------------------|----------------------|
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
|                                       |                      |
| <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:**

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

**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 rozbiorów obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a także,

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

☐ tak ☐ nie

## ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

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

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

☐ indywidualne ☐ wspólne

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

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

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

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

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

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

## INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

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

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

### DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

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

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

### ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

| Lp. | Nazwa |
|-----|-------|
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |

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

Klauzula RODO

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

### Tożsamość administratora

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

### Dane kontaktowe administratora

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

### Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

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

### Cele przetwarzania

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

### Podstawa prawna przetwarzania

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

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

### Okres, przez który dane będą przechowywane

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

### Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

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

### Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

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

### Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

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

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

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

*Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.*

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

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

## Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu oraz PFRON

Dane osobowe przekazane przez uczestników programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj.: **POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH** z siedzibą w **KARTUZACH** przy ul. **MŚCIWOJA II 20, 83-300 KARTUZY** oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w programie „Aktywny samorząd”.

---

**Niniejsze oświadczenie 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.**

.....  
(imię i nazwisko)

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

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):

.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu tj. **POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KARTUZACH** z siedzibą w **KARTUZACH** przy ul. **MŚCIWOJA II 20, 83-300 KARTUZY** oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją programu „Aktywny samorząd”, Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Administrator Danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. art. 7 ust. 3, informuje o możliwości wycofania zgody udzielonej na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu ułatwienia kontaktu w sprawach wynikających z obowiązku prawnego realizowanych przez Administratora Danych, **DOBROWOLNIE WYRAŻAM ZGODĘ** na przetwarzania moich danych osobowych tj:

numer telefonu.....

.....

(czytelny podpis)

## **KLAUZULA INFORMACYJNA realizacja programu aktywny samorząd**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 informujemy, że:

- Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach ul Mściwoja II 20 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, zwani dalej Administratorem
- Kontakt z Inspektorem Danych Osobowych:
  - w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: [iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl), telefon: (22) 505 55 00
  - w PCPR w Kartuzach [iod@pcprkartuzy.pl](mailto:iod@pcprkartuzy.pl) telefon: 697781335
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji programu „Aktywny samorząd”
- Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) i art 9 ust. 1 lit. b) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych oraz na podstawie przepisów krajowych:
  - art. 47 ust. 1 pkt. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:
  - podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa,
  - podmiotom nadzorującym i kontrolującym działalność Administratora danych jak również podmiotom świadczącym usługi na rzecz Administratora danych,
  - do PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz do przenoszenia swoich danych, a także - w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych.
- Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych
- Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

.....  
(data i czytelny podpis)

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

| Lp. | Pytanie                                                                                                               | Informacje Wnioskodawcy                                       |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1.  | osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim                                                                            | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 2.  | osoba z dysfunkcją 4 kończyn                                                                                          | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 3.  | osoba z brakiem obu kończyn górnych                                                                                   | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 4.  | osoba z dysfunkcją obu kończyn górnych                                                                                | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 5.  | osoba niewidoma                                                                                                       | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 6.  | osoba głuchoniema                                                                                                     | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 7.  | osoba z dysfunkcją narządu słuchu, komunikująca się z otoczeniem metodami wspomagającymi/alternatywnymi               | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 8.  | osoba z dysfunkcją narządu słuchu, komunikująca się za pomocą tłumacza migowego                                       | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 9.  | inne dysfunkcje, jakie:<br>.....                                                                                      | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 10. | osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia) - dotyczy osób dorosłych                                | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 11. | osoba ucząca się /studiująca                                                                                          | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 12. | osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych w latach 2025 - 2026                        | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 13. | wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 14. | dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy                                                  | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 15. | osoba zamieszkująca na obszarze wiejskim                                                                              | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |
| 16. | wnioskodawca składa pierwszy raz wniosek w systemie SOW                                                               | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie |

**UWAGA!!!**

**Podane informacje wpływają na ustalenie kolejności rozpatrywania wniosków. Prosimy o rzetelne i kompletne odpowiedzi.**

Każda odpowiedź „TAK” wymaga potwierdzenia odpowiednim dokumentem dołączonym do wniosku (*np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby wraz z jej zgodą na przetwarzanie danych osobowych zał. nr 1*). Brak dokumentu może skutkować nieuwzględnieniem danej informacji w ocenie.

W przypadku ubiegania się o ponowne dofinansowanie ze środków PFRON na ten sam cel należy wskazać i uzasadnić okoliczności potwierdzające zasadność ponownego wsparcia.

**Uzasadnienie wniosku:**

(np. wykształcenie, przebieg pracy zawodowej, opis dysfunkcji związanej z niepełnosprawnością, opis sytuacji życiowej, wskazanie potrzeby dofinansowania, opis sytuacji)

[illegible]

(podpis Wnioskodawcy)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć zakładu)

### ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

Zaświadcza się, że:

Pan/Pani.....

zamieszkały/a w .....

PESEL.....

Jest zatrudniony/a na stanowisku.....

Forma zatrudnienia (należy zaznaczyć odpowiednie):

- ☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
- ☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
- ☐ umowa cywilnoprawna
- ☐ staż zawodowy ( w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnieniu i instytucjach rynku pracy - tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r., poz. 1482, z późn. zm.)
- ☐ inna forma zatrudnienia (jaka):.....

Na czas (okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się):

- ☐ określony od dnia: ..... do dnia:.....
- ☐ nieokreślony od dnia: .....
- ☐ inny, jaki:.....

.....  
(podpis i pieczętka imienna pracownika  
upoważnionego do wystawienia zaświadczenia)

....., dnia.....

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

### Moduł I Obszar C Zadanie 4

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem nr i pieczętką):

|                          |                                                                 |                                   |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ręki                                       | pieczętka,<br>nr podpis lekarza   |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie przedramienia                              | pieczętka,<br>nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym | pieczętka,<br>nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na poziomie podudzia                                  | pieczętka,<br>nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)          | pieczętka,<br>nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym     | pieczętka,<br>nr i podpis lekarza |

Przyczyna amputacji kończyny: ☐ uraz ☐ inna, jaka: .....

Aktualny stan procesu chorobowego: ☐ stabilny ☐ niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

.....  
.....  
.....

....., dnia .....  
(miejscowość)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza



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

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij formularz.

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

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

Data:

Miejscowość:

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

Poziom amputacji:

Opis problemu:

Co zostało zrobione:

### Specyfikacja wymienionych elementów protezy wykonywanych fabrycznie

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



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

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

Całkowita cena brutto naprawy protezy (w złotych):

### Wystawca specyfikacji i kosztorysu naprawy protezy:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu do kontaktu: