



Data wpływu:

Nr sprawy:

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

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

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

DANE WNIOSKODAWCY	
ROLA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ we własnym imieniu ☐ jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego ☐ jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego ☐ jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie ☐ 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:	☐ pełny zakres – od złożenia wniosku aż do zawarcia i rozliczenia umowy ☐ zawarcie umowy ☐ udzielanie wyjaśnień i uzupełnianie wniosku ☐ złożenie wniosku ☐ inne

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

DANE WNIOSKODAWCY	
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Zawartość
Imię:	

Drugie imię:	
Nazwisko:	
Numer PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer mieszkania:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto powyżej 5 tys. mieszkańców ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

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

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Numer PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ Tak ☐ Nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ znaczny ☐ umiarkowany
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ Ważne bezterminowo ☐ Ważne okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe
- ☐ 02-P – choroby psychiczne
- ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- ☐ 04-O – narząd wzroku
- ☐ 05-R – narząd ruchu
- ☐ 06-E – epilepsja
- ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego
- ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego

- ☐ 10-N – choroby neurologiczne
☐ 11-I – inne
☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Nazwa pola	Zawartość
Czy osoba z niepełnosprawnością posiada orzeczenie wydane z powodu dysfunkcji narządu wzroku?	☐ Tak ☐ Nie
Czy osoba z niepełnosprawnością ma problemy z samodzielnym poruszaniem się ?	☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy
Czy osoba z niepełnosprawnością porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego?	☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

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

☐ tak ☐ nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:	

Czy masz zaległości finansowe wobec PFRON – na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:

☐ tak ☐ nie

Czy masz zaległości finansowe wobec urzędu, do którego zwracasz się o dofinansowanie ze środków PFRON? Na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:

☐ tak ☐ nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:

☐ tak ☐ nie

UZASADNIENIE WNIOSKU

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

(Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR):

☐ tak ☐ nie

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

mieszkania:

☐ tak ☐ nie

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

Wartość, w tym planowana (w zł)	
Kwota wnioskowana (w zł)	
Powierzchnia, w tym planowana (w m ²)	

Stopień / planowany stopień dostosowania mieszkania do wymogów osób z niepełnosprawnością:

- ☐ Mieszkanie w pełni/całkowicie spełnia/powinno spełniać moje oczekiwania w zakresie dostępności
☐ Mieszkanie częściowo spełnia/powinno spełniać moje oczekiwania w zakresie dostępności, dając mi samodzielność w poruszaniu się w mieszkaniu i wyjście z mieszkania na zewnątrz

Rodzaj / planowany rodzaj udogodnień:

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

Piętro / planowane piętro:

- ☐ Mieszkanie poniżej poziomu „0”
☐ Parter
☐ Piętra od 1 do 5
☐ Piętra od 6 do 10
☐ Powyżej 10 piętra

Typ / planowany typ mieszkania uzyskanego w ramach zmiany:

- ☐ Dom jednorodzinny
☐ Mieszkanie

Powierzchnia / planowana powierzchnia użytkowa mieszkania:

- ☐ do 30m²
☐ od 31 do 50m²
☐ od 51 do 70 m²
☐ powyżej 70m²

Wszyscy użytkownicy / planowani użytkownicy mieszkania:

- ☐ Będę mieszkać samodzielnie
☐ Będę mieszkać z rodziną
☐ Będę mieszkać z innymi osobami

Liczba / planowana liczba dodatkowych użytkowników mieszkania (należy wskazać wszystkie osoby poza osobą, która ma uzyskać dofinansowanie):

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ Więcej niż 5

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

która ma uzyskać dofinansowanie):	
☐ 0	
☐ 1	
☐ 2	
☐ 3	
☐ 4	
☐ 5	
☐ Więcej niż 5	
Powierzchnia na jedną osobę	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer mieszkania	
Kod pocztowy	
Poczta	

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

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

Rodzaj mieszkania: ☐ Własnościowe ☐ Spółdzielcze własnościowe	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer mieszkania	
Kod pocztowy	
Pocztą	

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

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

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU

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

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

☐

Klauzula RODO

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

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

Dane kontaktowe administratora

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

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

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

Cele przetwarzania

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

Podstawa prawna przetwarzania

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

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

Okres, przez który dane będą przechowywane

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

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

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

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

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

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

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

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

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.

Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.

Plik

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, telefon: (22) 505 55 00
 - w PCPR w Kartuzach 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)

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

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

Stempel ZOZ lub praktyki lekarskiej

Miejscowość _____, data _____

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

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

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

Pieczętka, nr i podpis lekarza:

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

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

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

Stempel ZOZ lub praktyki lekarskiej

Miejscowość _____, data _____

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

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

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

Pieczętka, nr i podpis lekarza:

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

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

Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1
Stempel ZOZ lub praktyki lekarskiej

Miejscowość _____, data _____

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

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

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

Pieczętka, nr i podpis lekarza:

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