



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 A – Zadanie nr 4  
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania samochodu**

### DANE WNIOSKODAWCY ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego / niepoświadczonego notarialnie z dnia:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

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

Jako pełnomocnik oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jestem i nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

**DANE WNIOSKODAWCY**  
**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE**

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

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

Taki sam jak adres zamieszkania

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

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

*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

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

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

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

Nazwa pola	Zawartość
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <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 <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

*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 <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB 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.*

- nie dotyczy
  - nieaktywna/y zawodowo
  - bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
- Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
  - zatrudniony

## 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 Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:**

- tak  nie

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:**

- 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 zobowiązania” 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 oprzyrządowanie samochodu (dostosowane do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności):

tak  nie

Opis dodatkowego wyposażenia:

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu:

tak  nie

Użytkuję samochód na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.):

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 zamieszkującą 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 handlowa
- media
- Realizator programu
- PFRON
- inne, jakie:

## ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne  wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

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 w 2022 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2023 r., według wzoru:  $[(5.549 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ).

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 z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

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

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Deklarowany udział własny w zakupie (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> system wspomagania parkowania			
<input type="checkbox"/> komunikatory / tablice			
<input type="checkbox"/> tablet / telefon z możliwością rozmów tekstowych			
<input type="checkbox"/> oprogramowanie lub aplikacje			
<input type="checkbox"/> dodatkowe oświetlenie (kabiny)			
<input type="checkbox"/> wskaźniki optyczne			
<input type="checkbox"/> inne, opis (w przypadku kilku przedmiotów w opisie należy wpisać cenę każdego z nich):			
<b>Razem:</b>			
<b>Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) - łącznie:</b>			
<b>Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:</b>			

### 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

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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

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



Załącznik nr 1 do wniosku dotyczącego dofinansowania w ramach programu „Aktywny Samorząd”

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Ja niżej podpisany(a)

..... zamieszkały(a)  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....  
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż prowadzę gospodarstwo domowe:

indywidualne

wspólne

We wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (***należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą***):

### Przeciętny miesięczny dochód

1.	Wnioskodawca: .....	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

**\*Przeciętny miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: .....zł.**

**Słownie: .....zł).**

Poprawność powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia .....r.  
Miejscowość

.....  
podpis Wnioskodawcy

\* Średni dochód (przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy) to 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 w 2022 roku

Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2023 r. według wzoru:  $[(5.549 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ .



Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

### **UWAGA!!!**

**W szczególności do dochodu nie wliczane są:**

- **Świadczenia wychowawcze 800+,**
- **500+ dla osób z niepełnosprawnością,**
- **Zasilek pielęgnacyjny,**
- **Świadczenie pielęgnacyjne,**
- **Zasilek rodzinny,**
- **13 i 14 emerytura,**
- **Rodzinny Kapitał opiekuńczy,**
- **Zasilek osłonowy na prąd.**

**Do dochodu wliczamy wynagrodzenia, renty, emerytury, alimenty, nagrody, fundusz socjalny z pracy!!!**

Załącznik nr 2 do wniosku dotyczącego dofinansowania w ramach programu „Aktywny Samorząd”

## **Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu, PFRON oraz System SOW**

1. Administratorem **Pana/Pani** danych osobowych w programie „Aktywny Samorząd” są:
  - **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Zakopanem przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5,**
  - **Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13,**dane będą przetwarzane w celu realizacji programu finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z **Pana/Pani** praw związanych z przetwarzaniem danych można kontaktować się z:
  - mailowo z Inspektorem Ochrony Danych PFRON: [iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl),
  - mailowo z Inspektorem Ochrony Danych PCPR w Zakopanem: [randal999@wp.pl](mailto:randal999@wp.pl) lub telefonicznie: 799 186 893
3. Dane osobowe są przetwarzane przez PFRON w celu zarządzania systemem SOW oraz celem realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 44 z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą”. **Pan/Pani** dane mogą również być przetwarzane na podstawie przepisów innych ustaw i rozporządzeń krajowych, z których wynikają zadania w zakresie aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych oraz ustawy i rozporządzenia, z których wynikają zadania z dziedziny ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczeń zdrowotnych.
3. Ma **Pan/Pani** prawo do:
  - dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO, z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązane jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem;
  - sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
  - ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO.
4. Realizator programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem **Pana/Pani** danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Podstawą prawną do przetwarzania **Pani/Pana** danych osobowych jest udzielona zgoda. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w programie „Aktywny Samorząd”.
7. 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: nr kodu, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

**8.** 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. **Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Zakopanem przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5** oraz **przez PFRON (administrator danych) z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13**, w celach związanych z realizacją programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 25 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz zapisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 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 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz.1781).

**9. Zostałem/am** poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

**10.** Szczegółowe informacje na stronie: [www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/](http://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/)

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

Załącznik nr 3 do wniosku dotyczącego dofinansowania w ramach programu „Aktywny Samorząd”

### Oświadczenie wnioskodawcy

1. Oświadczam, iż nie ubiegam się i nie będę w 2024 r. ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny Samorząd” za pośrednictwem innego realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego). Realizatorem właściwym dla osób, których miejscem zamieszkania jest Powiat Tatrzański jest Starostwo Powiatowe w Zakopanem, a jednostką organizacyjną samorządu powiatowego, wskazaną do realizacji programu jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udzielenia pomocy w ramach programu „Aktywny Samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania.
3. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego dot. niniejszego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON.
4. Oświadczam, że informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niegodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.
5. Oświadczam, że zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku oraz o wszelkich zmianach mających wpływ na realizację umowy np. o zmianie nazwiska, adresu zamieszkania, utracie przedmiotu dofinansowania.

.....

*Data i podpis osoby składającej oświadczenie*

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. Adres zamieszkania:.....

3. PESEL

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej i/lub badania stwierdza się, że  
dysfunkcja narządu słuchu pacjenta dotyczy (**proszę wpisać znak X w odpowiednie pola  
oraz potwierdzić podpisem i pieczętą specjalisty schorzeń narządu słuchu**):

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja narządu słuchu: ..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

(miejscowość)

(data)

.....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza)

Załącznik nr 4 do wniosku dotyczącego dofinansowania w ramach programu „Aktywny Samorząd”

.....  
(pieczęć zakładu pracy)

### ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

#### Zaświadczam, że:

Pan/Pani .....

zamieszkały/a w .....

.....

Nr PESEL

1. Jest zatrudniony/a na stanowisku .....

2. Forma zatrudnienia (zaznaczyć właściwie)

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

umowa cywilnoprawna

staż zawodowy

inna forma zatrudnienia (jaka): .....

3. Zatrudnienie na czas (okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się)

określony: od dnia.....r. do dnia.....r.

nieokreślony: od dnia.....r.

4. Zakład pracy dofinansowuje koszty nauki na poziomie wyższym (zaznaczyć odpowiednie):

Nie

Tak, w wysokości..... złotych.

.....  
(data, podpis i pieczęćka imienna pracownika upoważnionego do wystawienia zaświadczenia)

Załącznik 8 do wniosku dotyczącego dofinansowania w ramach programu „Aktywny Samorząd”

### Oświadczenie

Oświadczam, że adres zamieszkania, jaki podałem/łam w złożonym wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON - jest miejscem w którym przebywam z zamiarem stałego pobytu. Tam toczy się moje życie codzienne i tam są skoncentrowane moje plany życiowe, zawodowe i rodzinne.

.....  
(data, podpis)