

**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 5  
pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym  
lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego**

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

**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 niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <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 poświadczanego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	
<b>Z dnia:</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 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:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
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:	
Nr domu:	
Nr 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
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
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 lokalu:	
Miejscowość:	
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:	

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

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

<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

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

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

Nazwa pola	Zawartość
<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

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  
 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 niezatrudniona/y)  
 zatrudniona/y

### 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 wózek inwalidzki ręczny:**

tak  nie

**Posiadam skuter inwalidzki elektryczny:**

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 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 C/Zadanie nr 5

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Trzykołowy skuter inwalidzki elektryczny <b>Typ:</b> <input type="checkbox"/> Skuter jednoosobowy <input type="checkbox"/> Skuter dwuosobowy <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Czterokołowy skuter inwalidzki elektryczny <b>Typ:</b> <input type="checkbox"/> Skuter jednoosobowy <input type="checkbox"/> Skuter dwuosobowy <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Napęd elektryczny do wózka ręcznego		
<input type="checkbox"/> Dodatkowe wyposażenie <b>Jakie:</b> <input type="checkbox"/>		
<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
<b>Numer rachunku bankowego:</b>	
<b>Nazwa banku</b>	

## 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.*

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

<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

Wypełnia się w przypadku, gdy przyczyna niepełnosprawności jest inna, niż dysfunkcja narządu ruchu

**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta: .....

2. Adres zamieszkania:.....

3. PESEL

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja oby kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:..... .....	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Stan zdrowia pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie na zewnątrz	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętą, nr i podpis lekarza
Oceniam zasadność wyposażenia Pacjenta w:		
<input type="checkbox"/>	Skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym	
<input type="checkbox"/>	Oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego	

<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji ( nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Inne (jakie)..... ..... .....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza

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

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

Załącznik nr 5 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 6 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)