

Data wpływu:

Nr sprawy:

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

**Moduł I – dodatek na opłaty za energię elektryczną
Obszar E**

**DANE WNIOSKODAWCY
ROLA WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego / niepoświadczonego notarialnie z dnia:	

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

**DANE WNIOSKODAWCY
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

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**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:	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
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:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

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

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

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- firma handlowa
 media
 Realizator programu (PCPR, MOPR)
 PFRON
 inne, jakie:

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Zawartość
Okres objęty refundacją od:	
Okres objęty refundacją do:	

Jednostka udzielająca świadczenia:

- zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

 zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie

 poradnia/ośrodek/zespół domowego leczenia tlenem

Urządzenie z którego korzysta osoba niepełnosprawna:

- Koncentrator tlenu
 Respirator

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

Lp.	Treść oświadczenia
1	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> uzyskałem/am pozytywną kwalifikację do leczenia z wykorzystaniem koncentratora tlenu lub respiratora, która odbywa się w szpitalu lub w ośrodku domowego leczenia tlenem.
2	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> użytkuję koncentrator tlenu lub respirator w okresie, za który przysługuje dodatek.
3	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> informacje i dane zawarte w złożonych oświadczeniach i zaświadczeniach, bądź innych dokumentach stanowiących podstawę przyznania dodatku są zgodne ze stanem faktycznym.
4	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na weryfikację zgodności ze stanem faktycznym złożonych oświadczeń lub na oględziny urządzenia w miejscu zamieszkania lub z wykorzystaniem instrumentów kontroli pozwalających na uzyskiwanie informacji na odległość (w kontaktach telefonicznych lub on-line).
5	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że złożenie we wniosku oświadczenia lub zaświadczenia niezgodnego ze stanem faktycznym eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania, a ujawnienie w toku kontroli niezgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę przyznania dodatku skutkuje koniecznością zwrotu wypłaconego dodatku i naliczonych odsetek w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych - w terminie wskazanym w pisemnej informacji o konieczności zwrotu zakwestionowanej kwoty (wezwanie do zapłaty).
6	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że w przypadku konieczności zwrotu wypłaconego dodatku, odsetek nie nalicza się jedynie w przypadku, gdy wystąpienie okoliczności powodujących obowiązek zwrotu środków było niezależne od wnioskodawcy.
7	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> Zobowiązuje się do zwrotu wypłaconego dodatku i naliczonych odsetek w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych w terminie wskazanym w wezwaniu do zapłaty, w przypadku stwierdzenia przez realizatora programu lub PFRON w toku kontroli niezgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę przyznania dodatku.

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. Stawki 2, 00 - 193 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.

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

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,
 - mailowo z Inspektorem Ochrony Danych PCPR w Zakopanem: 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/

.....
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 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.
4. 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.
5. 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.
6. Na podstawie rozdziału II ust. 9 dokumentu pn. „Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczenia wniosków o dofinansowanie w ramach modułu I i II programu „Aktywny Samorząd” – oświadczam, iż składam wniosek w formie papierowej z powodu wykluczenia cyfrowego, a tym samym brak możliwości złożenia wniosku w formie elektronicznej w systemie SOW.

.....

Data i podpis osoby składającej oświadczenie

Miejscowość:

Data (dd-mm-rrrr):

Zaświadczenie o korzystaniu ze świadczenia zdrowotnego

Imię pacjenta:

Nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

Potwierdzam:

Pacjent na dzień wystawienia zaświadczenia korzysta ze świadczenia zdrowotnego udzielanego przez (zaznacz właściwe):

zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, lub

zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie, lub

poradnię/ ośrodek/ zespół domowego leczenia tlenem

Świadczenie jest udzielane w terminie (wpisz daty, zaznacz właściwe):

Od dnia (dd-mm-rrrr):

Do dnia (dd-mm-rrrr):

nieokreślonym (bezterminowo) od dnia:

Pacjent korzysta w miejscu zamieszkania/ stałego pobytu z następującego urządzenia (zaznacz właściwe):

koncentratora tlenu

respiratora.

Pieczęć świadczeniodawcy i podpis osoby upoważnionej lub

Pieczęć i podpis lekarza lub lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty lub pielęgniarki z zespołu realizującego świadczenie oraz wypełnij:

Nazwa i adres świadczeniodawcy:

Nazwa:

Ulica:

Miejscowość:

Kod pocztowy: