

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

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar B – Zadanie nr 1 lub 3 lub 4
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania**

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

**DANE WNIOSKODAWCY
ROLA WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją obu kończyn górnych lub narządu wzroku ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczeniem o niepełnosprawności (wniosek B1) <input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu wzroku i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (wniosek B3) <input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu (wniosek B4)
Wnioskodawca składa wniosek:	<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
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego notarialnie z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<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:	
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 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
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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<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 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

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

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał w ciągu ostatnich 5 lat pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania?	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Zadanie	Kwota dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:	
Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ramach innych zadań niż pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Zadanie	Kwota dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:	
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/podopieczny posiada następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie:

tak nie

Proszę wymienić:

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego kursy komputerowe:

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 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 roku poprzedzającym złożenie wniosku na podstawie Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obliczony wg wzoru: $[\text{przeciętny dochód z ha} \times \text{liczba hektarów}] / 12 / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$.

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 B/Zadanie nr 1 lub 3 lub 4

Przedmiot pomocy	Typ sprzętu	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Standardowy sprzęt komputerowy w dowolnej konfiguracji/zestawie (monitor, stacja, drukarka, osprzęt) lub laptop	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Smartfon lub tablet	<input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Zestaw urządzeń brajlowskich w dowolnej konfiguracji	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Urządzenie lektorskie, niezależnie od konfiguracji	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Linijka - urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Drukarka - urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		

<input type="checkbox"/> Każde inne urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Inny sprzęt lub urządzenie elektroniczne, z wyłączeniem urządzeń brajlowskich	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Oprogramowanie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
Razem:			
Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:			
Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:			

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 DO WNIOSKU

Lp.	Plik

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

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **przeciętny miesięczny dochód** należy rozumieć dochód 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 roku poprzedzającym złożenie wniosku na podstawie Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obliczony wg wzoru: [przeciętny dochód z ha x liczba hektarów]/12/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

Gospodarstwo domowe wnioskodawcy – należy przez to rozumieć:

1. **wspólne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny,

lub

2. **samodzielne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu,

przy czym **wnioskodawcę**, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów, ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów.

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

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

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł zł, słownie złotych:

Oświadczam, iż liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.
miejscowość

.....
**czytelny podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela
Ustawowego/Opiekuna prawnego/Pełnomocnika**

Uwaga:

Wnioskodawca na żądanie MOPR w Tarnobrzegu zobowiązany jest dostarczyć dowody poświadczające wysokość uzyskanych dochodów.

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 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) (Dz.Urz.UE.L.119.1) zwanego dalej „RODO”, Administratorzy Danych Osobowych informują o zasadach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących prawach z tym związanych:

1. Administratorami Pani/a danych osobowych są: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu z siedzibą ul. M. Kopernika 3, 39-400 Tarnobrzeg, tel. 15 823-07-38, e-mail: mopr@mopr.pl, zwany dalej „MOPR”, oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Warszawie z siedzibą al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel.: 22 50-55-500, zwany dalej „PFRON”.
2. Kontakt z Inspektorami Ochrony Danych możliwy jest:
 - 1) w MOPR - pod adresem e-mail: iod@mopr.pl, listownie na adres: ul. M. Kopernika 3, 39-400 Tarnobrzeg,
 - 2) w PFRON - pod adresem e-mail: iod@pfron.org.pl, listownie na adres al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, oraz tel. pod numerem: 22 50-55-500.
3. Pani/a dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i lit. b RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON wsparcia wynikającego z Programu „Aktywny Samorząd” oraz realizacji ww. celu - poprzez przetwarzanie Pani/a danych osobowych w Systemie Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON, (zwanego dalej „SOW”) - na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Programu „Aktywny Samorząd”. MOPR, w oparciu o powyższe podstawy prawne przetwarzania danych, przekazuje Pani/a dane osobowe do PFRON także w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji Programu „Aktywny Samorząd” oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
4. PFRON jako właściciel i udostępniający SOW zawiera umowy powierzenia przetwarzania Pani/a danych osobowych z podmiotami świadczącymi usługi serwisowe dla SOW. PFRON, w imieniu Administratorów danych osobowych, odpowiada za zgodne z RODO powierzenie przetwarzania Pani/a danych osobowych.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt 3, odbiorcami Pani/a danych osobowych mogą być:
 - 1) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PFRON przetwarzają Pani/a dane osobowe, dla których Administratorem jest PFRON,
 - 2) dostawca lub podmiot świadczący usługi serwisowe dla SOW.
6. Pani/a dane przechowywane będą przez MOPR/PFRON przez okres związany z realizacją celów - o którym mowa w pkt 3, a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz wydanej na jej podstawie instrukcji kancelaryjnej MOPR, jednak przez okres nie krótszy niż 5 lat licząc od początku roku następującego po roku zawarcia umowy z beneficjentem.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/a danych osobowych, przysługują Pani/u następujące prawa:
 - 1) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - 2) prawo do sprostowania swoich danych osobowych;
 - 3) prawo do usunięcia danych, chyba że dalsze przetwarzanie danych jest niezbędne do wywiązania się z obowiązku prawnego lub zawartej umowy;
 - 4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - 5) prawo do przenoszenia danych w przypadku, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO i w sposób zautomatyzowany;
 - 6) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/n, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

8. Podanie przez Panią/a danych osobowych wymaganych we wniosku jest obowiązkowe do rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy dofinansowania. Niepodanie danych oznacza brak możliwości rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy dofinansowania, a w konsekwencji brak możliwości udzielenia pomocy w ramach programu.
9. Pani/a dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z powyższą informacją

.....
data i czytelny podpis

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby
w tym zakresie:

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

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia na wysokości od:	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych (wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii m.in. porażenia mózgowo, choroby neuromięśniowe), w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:	pieczętą, nr i podpis lekarza

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętą, nr i podpis lekarza

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” - **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

DOTYCZY OSÓB ZE ZNACZNYM STOPNIEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,05	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,05	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	

DOTYCZY OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W WIEKU DO 16 ROKU ŻYCIA

<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,3	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,1	
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,3	
<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,1	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	

Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętąka, nr i podpis lekarza

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

DOTYCZY OSÓB Z UMIARKOWANYM STOPNIEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A4)
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

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

<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)	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	

3. Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy:

tak nie

4. Pacjent wymaga korzystania z usług tłumacza języka migowego:

tak nie

....., dnia
(miejscowość)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE PEŁNOMOCNIKA

Ja niżej podpisana/podpisany

Nr PESEL lub oznaczenie dowodu osobistego,
w przypadku braku PESEL, jako Pełnomocnik mego
Mocodawcy

(imię i nazwisko Mocodawcy)

Oświadczam, że nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/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 o dofinansowanie dotyczącego mego Mocodawcy. Nie jestem ani nie byłem/nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

.....

(miejsowość, data)

.....

czytelny podpis Pełnomocnika

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Ja niżej podpisany(a)zamieszkały(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

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

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, **ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Tarnobrzegu** **tak** - **nie,**
2. zgłoszę bezzwłocznie do Realizatora informacje pisemne o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych w niniejszym wniosku,
3. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl,
5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
6. **posiadam** środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 10% ceny brutto**),
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **tak** - **nie,**
9. **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na **warunkach określonych w umowie z Realizatorem.**

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

....., dnia.....r.

miejscowość

.....
**czytelny podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela
Ustawowego/Opiekuna prawnego/Pełnomocnika**

Prośba o przywrócenie terminu na złożenie wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:
Pesel:

Na podstawie rozdziału I ust. 4 dokumentu pn. „Zasady (...)”, zwracam się do Realizatora programu z prośbą o przywrócenie terminu na złożenie wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” na zadanie:

<input type="checkbox"/> Obszar A Zadanie 1	<input type="checkbox"/> Obszar A Zadanie 2	<input type="checkbox"/> Obszar A Zadanie 3
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (dysfunkcja narządu ruchu)	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (dysfunkcja narządu ruchu)	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (dysfunkcja narządu słuchu)
<input type="checkbox"/> Obszar A Zadanie 4	<input type="checkbox"/> Obszar B Zadanie 1	<input type="checkbox"/> Obszar B Zadanie 2
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (dysfunkcja narządu słuchu)	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego, oprogramowania (dysfunkcja wzroku lub obu rąk)	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego
<input type="checkbox"/> Obszar B Zadanie 3	<input type="checkbox"/> Obszar B Zadanie 4	<input type="checkbox"/> Obszar B Zadanie 5
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego, oprogramowania (dysfunkcja wzroku, umiarkowany stopień niepełnosprawności)	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego, oprogramowania (dysfunkcja słuchu)	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej zakupionego sprzętu elektronicznego
<input type="checkbox"/> Obszar C Zadanie 1	<input type="checkbox"/> Obszar C Zadanie 2	<input type="checkbox"/> Obszar C Zadanie 3
pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w zakupie protezy na III lub IV poziomie jakości
<input type="checkbox"/> Obszar C Zadanie 4	<input type="checkbox"/> Obszar C Zadanie 5	<input type="checkbox"/> Obszar D
pomoc w utrzymaniu sprawności posiadanej protezy na III lub IV poziomie jakości	Pomoc w zakupie skutera elektrycznego lub napędu elektrycznego do wózka ręcznego	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej
<input type="checkbox"/> MODUŁ II		
pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym		

Informacje dodatkowe:

.....

Data, podpis Wnioskodawcy

.....

Załączniki wymagane do wniosku - OBSZAR B1, B3, B4

- swoje lub dziecka – (nie dotyczy osoby z dysfunkcją narządu wzroku i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności – Obszar B – zadanie nr 3) orzeczenie o niepełnosprawności,
- akt urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka (nie dotyczy osoby z dysfunkcją narządu wzroku i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności – Obszar B – zadanie nr 3),
- dokument stanowiący opiekę prawną – jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną,
- zaświadczenie lekarza specjalisty (osoba z dysfunkcją obu kończyn górnych Obszar B – Zadanie 1) – Załącznik Nr 3
- zaświadczenie lekarza specjalisty (osoba z dysfunkcją narządu wzroku Obszar B – Zadanie 1) – Załącznik Nr 3a (gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 04-O),
- zaświadczenie lekarza specjalisty (osoba z dysfunkcją narządu wzroku Obszar B – Zadanie 3) – Załącznik Nr 3b (gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 04-O),
- zaświadczenie lekarza specjalisty (osoba z dysfunkcją narządu słuchu Obszar B – Zadanie 4) – Załącznik Nr 3c (gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 03-L),
- oświadczenie o wysokości dochodów – Załącznik Nr 1
- klauzula informacyjna – Załącznik Nr 2
- pełnomocnictwo poświadczony notarialnie wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika stanowiącym – Załącznik Nr 4,
- oświadczenie Wnioskodawcy – Załącznik nr 5
- podanie o przywrócenie terminu na złożenie wniosku – załącznik nr 6
- fakultatywnie: opinia eksperta w zakresie dopasowania wnioskowanej pomocy do aktualnych potrzeb wynikających z aktywności,
- oferta cenowa
- zaświadczenie o pobieraniu nauki,
- zaświadczenie o zatrudnieniu,
- zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie osoby,
- Karta Dużej Rodziny

Informacja dodatkowa – dokumenty dołączasz do wniosku w formie:

1. skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW,
2. kopii – w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem oświadczeń, które załączasz w oryginale.

Ważne: jednostka udzielająca wsparcia ma możliwość wezwać cię do okazania oryginału dokumentu.