

## 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<br><input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego<br><input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie<br><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<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><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 mieszkania:    |                                                                                                                                                      |
| Kod pocztowy:        |                                                                                                                                                      |
| Poczta:              |                                                                                                                                                      |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców<br><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców<br><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 mieszkania: |           |
| 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:         |           |
| Numer telefonu: |           |
| Adres email:    |           |

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

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

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

**Niezdolność do pracy:**

- ☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji  
☐ całkowita niezdolność do pracy  
☐ częściowa niezdolność do pracy  
☐ 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<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny |

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY**

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  
☐ osoba nieaktywna zawodowo  
☐ osoba bezrobotna/ (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)  
     Wpisz jak długo – podaj liczbę pełnych miesięcy:  
☐ osoba poszukująca pracy (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)  
☐ działalność gospodarcza  
☐ działalność rolnicza  
☐ osoba zatrudniona  
☐ Jestem na stażu zawodowym  
☐ Jestem wolontariuszem i mam porozumienie wolontariackie

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

☐ tak ☐ nie

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

☐ tak ☐ nie

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

*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

**Zamierzam kupić samochód:**

☐ 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
- ☐ media
- ☐ Urząd, który przyznaje wsparcie PFRON
- ☐ 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 2023 roku (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 20 września 2024 r., według wzoru: [(5.451 zł x liczba hektarów)/12]/ 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): |                    |                                            |                                         |
| 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

Zestaw załączników określa Realizator

| Lp. | Nazwa |
|-----|-------|
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |
|     |       |

*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.*

*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 |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

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