

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

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ we własnym imieniu ☐ jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego ☐ jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego ☐ jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego 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:	☐ miasto powyżej 5 tys. mieszkańców ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ 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 opiekun prawny 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:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki ☐ nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ 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
<i>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.</i>	

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 w warunkach domowych:

☐ zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

.....
☐ zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie

.....
☐ poradnia/ośrodek/zespół domowego leczenia tlenem

.....
☐ hospicjum domowe

.....
☐ opieka paliatywna

.....
☐ pielęgniarska opieka długoterminowa

.....
☐ lekarz specjalista, który zalecił stosowanie urządzenia w warunkach domowych

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.	Plik

Lp.	Treść oświadczenia
1	Oświadczam, że: ☐ 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: ☐ użytkuję koncentrator tlenu lub respirator w okresie, za który przysługuje dodatek.
3	Oświadczam, że: ☐ informacje i dane zawarte w złożonych oświadczeniach i zaświadczeniach, bądź innych dokumentach stanowiących podstawę przyznania dodatku są zgodne ze stanem faktycznym.
4	Oświadczam, że: ☐ 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: ☐ 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: ☐ 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: ☐ 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 treściami Klauzuli RODO.

Klauzula RODO PFRON

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.

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA UCZESTNIKÓW PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD”
REALIZOWANEGO PRZEZ POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W LIMANOWEJ**

W związku z przetwarzaniem przez Nas Pani/Pana danych osobowych prosimy o zapoznanie się z poniższymi szczegółami dotyczącymi przetwarzania.

1. Kto jest Administratorem Pani/Pana danych osobowych?

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej, z siedzibą w Limanowej przy ul. Józefa Marka 9, adres e – mail: pcpr@powiat.limanowski.pl; numer telefonu: 18 3375826 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

2. Kto jest inspektorem Ochrony Danych?

W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej został powołany inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować: mstachowicz25@gmail.com

3. W jakim celu będziemy przetwarzali Pani/Pana dane osobowe?

Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu:

-realizacji umowy o dofinansowanie środków PFRON (art. 6 ust. 1 lit. b RODO) – będą przechowywane przez okres 5 lat, a w przypadku programu „Aktywny samorząd” – 25 lat.

4. Jaka jest podstawa prawna przetwarzania?

- Dla zawarcia umowy i jej realizacji podstawą prawną przetwarzania będzie art. 6 ust. 1 lit. b RODO dopuszczający przetwarzanie danych gdy jest to niezbędne do wykonywania łączącej strony umowy.
- Dla archiwizacji dokumentacji podstawą prawną przetwarzania będzie obowiązek nałożony ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz instrukcją kancelaryjną obowiązującą w PCPR w związku z art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

5. Do jakich odbiorców mogą zostać przekazane dane osobowe?

Z poszanowaniem poufności charakteru Pani/Pana danych, w tym stosując mechanizmy minimalizujące liczbę przekazywanych danych oraz ograniczające możliwość przekazywania danych o charakterze wrażliwym Pani/Pana dane mogą być przekazywane: Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

6. Jakie są Pani/Pana prawa związane z przetwarzaniem danych?

- a) Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
- b) Ma Pani/Pan prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych – w takim zakresie, w jakim te dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzasadnionych interesów administratora.
- c) Przysługuje Pani/Panu prawo sprostowania przetwarzanych danych osobowych, w takim zakresie, w jakim wskazane dane są niezgodne ze stanem faktycznym.
- d) Ma Pani/Pan prawo do przenoszenia danych, tj. przenoszenia do otrzymania od Administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego.
- e) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, jakim jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych
- Aby skorzystać z wyżej wymienionych praw, osoba, której dane dotyczą, powinna skontaktować się, wykorzystując podane dane kontaktowe, z administratorem i poinformować go, z którego prawa i w jakim zakresie chce skorzystać.

7. Przez jaki okres będą przechowywane Pani/Pana dane osobowe?

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz instrukcją kancelaryjną obowiązującą w PCPR (5 lat; a w przypadku programu „Aktywny samorząd” – 25 lat).

8. Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych jest konieczne do sporządzenia wniosku oraz zawarcia i wykonywania łączącej strony umowy. Bez podania wskazanych danych nie będzie możliwe zawarcie umowy o dofinansowanie.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy