

KLAUZULA INFORMACYJNA  
DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 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 z 04.05.2016), zwanego dalej RODO, informuję, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich, 41-100 Siemianowice Śląskie, ul. Szkolna 17.

Z Inspektorem ochrony danych, można skontaktować się pod podanym numerem telefonu 32/765 62 47 oraz adresem e-mail [iod@mops.siemianowice.pl](mailto:iod@mops.siemianowice.pl).

Podane dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – „Aktywny samorząd” uruchomionego i realizowanego na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z aktami wykonawczymi.

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, którym administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych na mocy umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych lub innego instrumentu prawnego.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż jest to niezbędne do zrealizowania ww. celu. Po upływie tego czasu dane osobowe będą przechowywane do celów archiwizacyjnych przez okres wskazany w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich. Po upływie okresu przechowywania i po uzyskaniu zgody dyrektora właściwego archiwum państwowego, dokumentacja niearchiwalna podlega brakowaniu.

Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania.

W przypadku stwierdzenia, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, ma Pani/Pan prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej a także nie będą przedmiotem zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

Zapoznałam/em się

.....  
*podpis*

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

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE SPECJALISTY**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
 dla osób z dysfunkcją kończyn górnych  
 - *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"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/ od:..... ..... ..	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:..... .....	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:..... .....	pieczętą, nr i podpis lekarza

**Moduł I Obszar B Zadanie nr 1,3**

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

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
SPECJALISTY**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” dla osób z dysfunkcją narządu wzroku, gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 04 - O oraz dla osób do 16 roku życia

**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) Pacjent jest osobą niewidomą:

tak  nie

b) Pacjent jest osobą niedowidzącą

tak  nie

c) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

d) Pacjent ma zwężone pole widzenia:  nie dotyczy

w oku lewym do: ..... stopni

w oku prawym do: .....stopni

e) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):  nie dotyczy

w oku lewym wynosi: .....

w oku prawym wynosi: .....

f) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak  nie

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

.....  
miejsowość

.....  
data

.....  
pieczętka lekarza, nr i podpis

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
SPECJALISTY**

(dotyczy osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu, których orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jest wydane z innego powodu lub dotyczy wniosku osoby niepełnosprawnej w wieku do lat 16 – ubytek słuchu wynosi powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu wydanym przez lekarza specjalistę; )

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. Adres zamieszkania.....
4. Zaświadcza się ze ubytek słuchu osoby niepełnosprawnej wynosi.....(db).

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

(miejscowość )

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

Oświadczam, że:

nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).

zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.mops.siemianowice.pl](http://www.mops.siemianowice.pl).

posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakresie kosztów realizacji zadania określone obowiązującymi przepisami pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” (jeśli dotyczy).

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.

.....  
data i podpis

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY**  
**(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),**  
**opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Numer telefonu: .....

Adres email: .....

Data urodzenia: .....

ustanowiony przedstawicielem\* / opiekunem\* / pełnomocnikiem\*: .....

.....

postanowieniem Sądu: .....

.....

z dn. .... sygn. Akt\*: .....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*: .....

.....

z dn. .... repet. nr .....

.....

*(data)*

*(podpis  
przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\*  
pełnomocnika\*)*

**Informacje uzupełniające do wniosku**

**DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Numer telefonu: .....

Adres e-mail: .....

.....

*(data)*

*(podpis)*

---

\* niepotrzebne skreślić

# 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"/> <b>Obszar A Zadanie 1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar A Zadanie 2</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar A Zadanie 3</b>
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"/> <b>Obszar A Zadanie 4</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B Zadanie 1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B Zadanie 2</b>
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"/> <b>Obszar B Zadanie 3</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B Zadanie 4</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B Zadanie 5</b>
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"/> <b>Obszar C Zadanie 1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C Zadanie 2</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C Zadanie 3</b>
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"/> <b>Obszar C Zadanie 4</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C Zadanie 5</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar D</b>
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"/> <b>MODUŁ II</b>		
pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym		

Informacje dodatkowe:

.....  
 .....  
 .....

Data, podpis Wnioskodawcy

.....

## Lista załączników:

- orzeczenie o niepełnosprawności dla osób do 16 r.ż. (jeśli dotyczy),
- orzeczenie o znacznym bądź umiarkowanym stopniem niepełnosprawności
- akt urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka,
- dokument stanowiący opiekę prawną – przedstawiciel ustawowy - jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną (jeśli dotyczy),
- osoba z dysfunkcją narządu wzroku z orzeczeniem o niepełnosprawności: zaświadczenie lekarskie (okulista) w przypadku osób do 16 r.ż.,
- osoba z dysfunkcją obu kończyn górnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczeniem o niepełnosprawności: zaświadczenie lekarskie (specjalista) (dysfunkcja obu rąk),
- osoba z dysfunkcją narządu wzroku ze znacznym stopniem niepełnosprawności - zaświadczenie lekarskie (okulista), gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 04-O oraz osoba niewidoma,
- osoba z dysfunkcją narządu wzroku z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności - zaświadczenie lekarskie (okulista), gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 04-O,
- osoba z dysfunkcją narządu słuchu: zaświadczenie lekarskie (specjalista) w przypadku osób do 16 r.ż.,
- osoba z dysfunkcją narządu słuchu: zaświadczenie lekarskie (specjalista) w przypadku osób ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 03-L,
- oferta cenowa,
- klauzula informacyjna o ochronie danych osobowych,
- pełnomocnictwo notarialne (jeśli dotyczy),
- zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie (w tym wolontariat trwający co najmniej 6 miesięcy) w przypadku osób, które osiągnęły wiek emerytalny.(jeśli dotyczy)
- fakultatywnie: opinia eksperta w zakresie dopasowania wnioskowanej pomocy do aktualnych potrzeb wynikających z aktywności,
- oświadczenie osoby niepełnosprawnej, celem zapoznania i podpisania,
- prośba o przywrócenie terminu na założenie wniosku w ramach pilotażowego programu Aktywny Samorząd (jeśli dotyczy).