

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 119z 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 Rzecзовym 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*

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C1)

- *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 pieczętką*):

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego.	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<b>Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (<i>prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź</i>)</b>	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu rąk
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu nóg
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja
<b>W przypadku Pacjenta: (<i>prosimy o zaznaczenie właściwego pola</i> <input type="checkbox"/> <i>przy każdym stwierdzeniu</i>)</b>	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja,
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej

*Prosimy o wypełnienie także drugiej strony*

3. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:

(proszę zakreślić właściwe pola )

<input type="checkbox"/>	<b>nie wymaga</b> zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
<input type="checkbox"/>	<b>wymaga</b> zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
<input type="checkbox"/>	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władczych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
<input type="checkbox"/>	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
<input type="checkbox"/>	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.)
<input type="checkbox"/>	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
<input type="checkbox"/>	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
<input type="checkbox"/>	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
<input type="checkbox"/>	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
<input type="checkbox"/>	w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
<input type="checkbox"/>	inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputerai posługiwanie się nim jak myszką), <b>jakie:</b>

....., 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 roku życia lub orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z dysfunkcją narządu ruchu powodującą problemy w samodzielnym przemieszczaniu się,
- akt urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka,
- dokument stanowiący opiekę prawną – jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną,
- zaświadczenie lekarskie (specjalista),
- dwie niezależne oferty (od dwóch niezależnych sprzedawców/usługodawców), dotyczące wybranego przedmiotu dofinansowania,
- zlecenie na zaopatrzenie w wyrób medyczny (fakultatywnie albo obligatoryjnie jeżeli osobą niepełnosprawną ubiegającą się o pomoc nie jest zatrudniona, ani nie uczy się),
- 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,
- zaświadczenie ze szkoły uczelni o uczęszczaniu na zajęcia,
- oświadczenie osoby niepełnosprawnej, celem zapoznania i podpisania,
- prośba o przywrócenie terminu na założenie wniosku w ramach, pilotażowego programu Aktywny Samorząd (jeśli dotyczy),