

**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
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<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)
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczzonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczzonego notarialnie
<b>Nazwa właściwego sądu:</b>	
<b>Data wydania dokumentu:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Na mocy pełnomocnictwa poświadczzonego / niepoświadczzonego notarialnie z dnia:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełen zakres – od złożenia wniosku aż do zawarcia i rozliczenia umowy <input type="checkbox"/> zawarcie umowy <input type="checkbox"/> udzielanie wyjaśnień i uzupełnianie wniosku <input type="checkbox"/> złożenie wniosku <input type="checkbox"/> inne

Oświadczam, że ani teraz, ani w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem / nie byłam: właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym, przedstawicielem handlowym, członkiem organów nadzorczych lub zarządzających ani pracownikiem firm, które sprzedają towary lub usługi dotyczące tego wniosku. Nie miałem / nie miałam i nie mam z zarządem tych firm innych powiązań, takich jak na przykład relacje rodzinne czy biznesowe.

## DANE WNIOSKODAWCY

### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Numer 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 mieszkania:	
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 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:	
Numer 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 mieszkania:	
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

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 <input type="checkbox"/> nie

<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> ważne bezterminowo <input type="checkbox"/> ważne okresowo – do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność do pracy:</b>	<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
<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 <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/podopieczny uzyskał w ciągu ostatnich 5 lat pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania?

- tak  nie

Zadanie	Kwota dofinansowania

<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>	
<b>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?</b>	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<b>Zadanie</b>	<b>Kwota dofinansowania</b>
<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/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  
 media  
 Urząd, który przyznaje wsparcie PFRON  
 PFRON  
 inne, jakie?:

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

**Wysokość (netto w złotych) średniego miesięcznego dochodu na osobę w gospodarstwie:**

*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 zgodnie z obowiązującym na dzień złożenia wniosku Obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.*

*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 mnie z obowiązku składania oświadczenia o dochodzie. Nie planuję korzystać z szybszego rozpatrzenia wniosku ani z większej kwoty dofinansowania. Wiem, że jeśli nie podam wysokości dochodu, nie będę miał możliwości skorzystania z tych przywilejów.

## 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		
<b>Razem:</b>			
<b>Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:</b>			
<b>Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:</b>			

### 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

*Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli 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. Stanisława Moniuszki 1A, 00 – 014 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

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

### **Informacja odnośnie przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy:**

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 przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. W jego imieniu przetwarza dane osobowe **POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE w Wejherowie**, z którym można się skontaktować:

- telefonując na numer telefonu (58) 672 17 60
- faksując na numer fax (58) 672 27 02
- pisząc na adres 84-200 Wejherowo, ul. Sobieskiego 279A
- mailując na adres e-mail: kancelaria@pcprwejherowo.pl

oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

2. Kontakt do Inspektora ochrony danych: [rodo@pcprwejherowo.pl](mailto:rodo@pcprwejherowo.pl)

3. Celem przetwarzania jest rozpatrzenie wniosku o dofinansowanie zakupu sprzętu elektronicznego lub/i jego elementów oraz oprogramowania.

4. Podstawą przetwarzania jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.

5. Dane osobowe osoby składającej wniosek nie są przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych.

6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji lub do dnia wycofania się ze zgody – dotyczy danych kontaktowych podawanych dobrowolnie.

7. W odniesieniu do danych przetwarzanych na podstawie przepisu prawa osoba ma prawo do: żądania dostępu do swoich danych osobowych, uzyskania ich kopii, sprostowania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego.

8. W odniesieniu do danych przetwarzanych na podstawie zgody, osoba ma prawo do: usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych, a także do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofanie się ze zgody należy złożyć w formie pisemnej wniosku. Konsekwencją wycofania się ze zgody będzie brak możliwości przetwarzania danych innych niż wynikające z przepisów prawa.

9. Administrator nie przewiduje przetwarzania danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.

**Oświadczam, że:**

1. 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.
2. 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](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcprwejherowo.pl](http://www.pcprwejherowo.pl)
3. Posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 10% zakupu sprzętu elektronicznego lub/i jego elementów oraz oprogramowania.
4. 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.
5. Zobowiązuję się do powiadomienia Realizatora programu o wszelkich zmianach mających wpływ na realizację niniejszego wniosku np. o zmianie nazwiska, adresu zamieszkania, itp.

.....

Data

.....

podpis Wnioskodawcy