

Wniosek złożono w .....  
w dniu .....

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

Załącznik nr 5

do zarządzenia nr .....  
z dnia .....

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
Moduł I Obszar B – Zadanie 1 –

**Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub do osób z znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończy górnych**

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

### 1. Informacje Wnioskodawcy - należy wypełnić wszystkie pola

#### DANE PERSONALNE

Imię ..... Nazwisko ..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.

przez..... PESEL

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)** - miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są plany życiowe. Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

Kod pocztowy  -  .....  
(poczt)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

#### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy  -  .....  
(poczt)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. ....

Województwo .....

Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy): .....

**Adres korespondencyjny:** (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie:

| DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO (jeśli dotyczy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>DANE PERSONALNE</b><br><br>Imię .....<br><br>Nazwisko .....<br><br>Data urodzenia: ..... r.<br><br>PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie<br><br>Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |                                                                                                                        | <b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</b><br><small>miejsowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są plany życiowe. Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.</small><br><br>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (pocztą)<br><br>Miejscowość .....<br><br>Ulica .....<br><br>Nr domu ..... Nr lok. ....<br><br>Powiat .....<br><br>Województwo ..... |                                                                     |                                                                |
| <b>STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> znaczny stopień                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                     | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka                    |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                     | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka                   |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> lekki stopień                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                     | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka                  |
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                |
| <b>RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                |
| <input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:</b> <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej<br><input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> innym                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                |
| Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/><br>Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/><br>Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                |
| <input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b><br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        | <b>Lewe oko:</b><br>Ostrość wzoru (w korekcji): .....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni<br><br><b>Prawe oko:</b><br>Ostrość wzoru (w korekcji): .....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                     |                                                                |
| <input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu                                                  | <input type="checkbox"/> 05-R upośledzenie narządu ruchu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo-płciowego |
| <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 04-O choroby narządu wzroku                                                                   | <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego            | <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne            |
| <input type="checkbox"/> 11-I inne schorzenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe<br><input type="checkbox"/> inne przyczyny, jakie: ..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                |

| <b>OBECNIE WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY POBIERA NAUKĘ</b>                                               |                                                                      |                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ŻŁOBEK                                                                     | <input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE                                 | <input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA                                                                               |
| <input type="checkbox"/> GIMNAZJUM                                                                  | <input type="checkbox"/> TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY |                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA                                                 | <input type="checkbox"/> LICEUM                                      | <input type="checkbox"/> TECHNIKUM                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA                                                          | <input type="checkbox"/> KOLEGIUM                                    | <input type="checkbox"/> STUDIA                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> INNA, jaka .....                                                           |                                                                      | <input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                     |
| <b>NAZWA I ADRES PLACÓWKI</b>                                                                       |                                                                      |                                                                                                                          |
| Nazwa placówki ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....                                             |                                                                      |                                                                                                                          |
| Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....                                                         |                                                                      |                                                                                                                          |
| Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....                         |                                                                      |                                                                                                                          |
| <b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)</b>                                |                                                                      |                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> niezatrudniony                                                             | <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę   | <input type="checkbox"/> zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy    |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, spółdzielczej umowy o pracę | <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza                     | <input type="checkbox"/> działalność rolnicza                                                                            |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy                                                              | <input type="checkbox"/> rejestracja w PUP jako osoba bezrobotna     | <input type="checkbox"/> rejestracja w PUP, jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu, od dnia ..... |
| <input type="checkbox"/> miejsce pracy (adres): .....<br>.....                                      |                                                                      |                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> okres zatrudnienia: .....                                                  |                                                                      |                                                                                                                          |

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

|                                                                                                                                                                            |                                                           |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------|
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:                                                                                                               | tak <input type="checkbox"/>                              | nie <input type="checkbox"/> |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:                                                                                                | tak <input type="checkbox"/>                              | nie <input type="checkbox"/> |
| Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....                                                                                          |                                                           |                              |
| .....                                                                                                                                                                      |                                                           |                              |
| <i>Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął</i>                                                                     |                                                           |                              |
| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR? | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |                              |

| <b>Cel</b><br>(nazwa instytucji, programu i/<br>lub zadania, w ramach<br>którego przyznana została<br>pomoc) | <b>Przedmiot<br/>dofinansowania</b><br>(co zostało<br>zakupione ze<br>środków PFRON) | <b>Beneficjent</b><br>(imię i nazwisko<br>osoby, dla której<br>Wnioskodawca<br>uzyskał środki<br>PFRON) | Numer i data<br>zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana<br>(w zł) | Kwota rozliczona<br>przez organ<br>udzielający<br>pomocy<br>(w zł) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| .....                                                                                                        | .....                                                                                | .....                                                                                                   | .....                          | .....              | .....                     | .....                                                              |
| .....                                                                                                        | .....                                                                                | .....                                                                                                   | .....                          | .....              | .....                     | .....                                                              |
| .....                                                                                                        | .....                                                                                | .....                                                                                                   | .....                          | .....              | .....                     | .....                                                              |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>                                                                        |                                                                                      |                                                                                                         |                                |                    |                           |                                                                    |

### 3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

| <b>Specyfikacja zakupu</b> - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania: | <b>Wartość sprzętu/kwota wnioskowana (kwota brutto w zł)</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Sprzęt elektroniczny:                                                                                                                                                                                        | Wartość sprzętu:<br>.....<br>Kwota wnioskowana:<br>.....     |
| Elementy sprzętu elektronicznego:                                                                                                                                                                            | Wartość sprzętu:<br>.....<br>Kwota wnioskowana:<br>.....     |
| Oprogramowanie:                                                                                                                                                                                              | Wartość sprzętu:<br>.....<br>Kwota wnioskowana:<br>.....     |

Uwaga! Poniżej należy zsumować kwoty podane w powyższej rubryce.

Przewidywany koszt zadania: ..... zł  
słownie: ..... zł  
Wnioskowana kwota dofinansowania: ..... zł  
słownie: ..... zł  
Deklarowany udział własny: ..... zł (minimum 10% planowanych kosztów)  
słownie: ..... zł

### 4. Informacje uzupełniające

☐ POSIADAM NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: .....

.....

☐ NIE POSIADAM SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

Ukończone przez Wnioskodawcę kursy komputerowe: .....

.....

CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY\* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

i OPROGRAMOWANIA: ☐ NIE ☐ TAK w ..... roku w ramach .....

a także w ..... roku w ramach .....

**5. Uzasadnienie wniosku** (Proszę wskazać związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu). W przypadku gdy Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie do sprzętu, urządzenia do którego otrzymał już dofinansowanie w latach poprzednich należy wskazać istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania. \*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.

..... dnia ..... /..... /20... r.

Czytelny podpis Wnioskodawcy .....

## 6. Załączniki wymagane do wniosku:

| Nazwa załącznika |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR<br>(należy zaznaczyć właściwe) |                          |                          |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Dołączono do wniosku                                         | Uzupełniono              | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1.               | Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2.               | Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (załącznik nr 1 do wniosku)                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3.               | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (załącznik nr 2 a lub 2b do wniosku) | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4.               | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (załącznik nr 3 do wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu                                                                   | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5.               | Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6.               | Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7.               | Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie osoby (w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej prace)                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8.               | Oferta handlowa specjalistycznego sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9.               | Zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie wnioskodawcy                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10.              | Zaświadczenie ze szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia (dot. osób uczących się)                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 11.              | Dokument z odpowiedniej jednostki potwierdzający poniesienie szkody w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (dot. roku 2018 i 2019)                                                                                                                                                                                                            |                                                              |                          |                          |
| 12.              | Inne .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |                          |

\*Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane przede wszystkim z aktywnością zawodową i nauką wnioskodawcy

## 7. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

**UWAGA!** Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. **fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym** Wnioskodawcy należy potwierdzić **kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby**) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórznego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

| Pytanie/zagadnienie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Informacje Wnioskodawcy                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.                                                                                                              | <input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie<br><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności |
| 2) 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)?                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie                                                                                                 |
| 3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie                               |
| 4) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)? | <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):<br>.....<br>.....<br>.....              |
| 5) Czy występują szczególne utrudnienia, (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, inne zdarzenia losowe itp.                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać) <input type="checkbox"/> - nie<br>.....<br>.....                                                               |
| 6) Czy Wnioskodawca w roku 2018 lub w 2019 został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):<br>.....<br>.....<br>.....                                                     |

### Słownik

Obszar B – likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym:

Zadanie 1: pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

- aktywności zawodowej – należy przez to rozumieć:
  - zatrudnienie, lub
  - rejestrację w urzędzie pracy, jako osoba bezrobotna, lub
  - rejestrację w urzędzie pracy, jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu,
 okresy aktywności zawodowej w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres aktywności;
- dysfunkcji obu kończyn górnych (w przypadku Obszaru B) – należy przez to rozumieć stan potwierdzony zaświadczeniem lekarskim: wrodzony brak lub amputację obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia, a także dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m. in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe);
- dysfunkcji narządu wzroku (w przypadku obszaru B) – należy przez to rozumieć dysfunkcję wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, a także w przypadku:
  - gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, ale wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni;
  - osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia, gdy wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez

lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,  
przy czym osoby niepełnosprawne posiadające dysfunkcje narządu wzroku wymienione w lit. a i lit. b są traktowane jak osoby niewidome;

4. gospodarstwie domowym wnioskodawcy – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:
  - a) wspólne gospodarstwo, – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny, lub
  - b) samodzielne gospodarstwo, – gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu,przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów, ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów;
5. miejscu zamieszkania – należy przez to rozumieć, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania;
6. sprzęcie elektroniczne lub jego elemente lub oprogramowanie – należy przez to rozumieć komputer (stacjonarny lub mobilny) oraz/lub współpracujące z nim urządzenia i dedykowane oprogramowanie, umożliwiające ograniczanie skutków rodzaju i stopnia niepełnosprawności (z uwzględnieniem definicji urządzeń brajlowskich); głównym kryterium uznania kwalifikowalności danego kosztu są indywidualne i specyficzne dla danego rodzaju dysfunkcji – potrzeby związane z rehabilitacją zawodową i społeczną potencjalnego beneficjenta;
7. urządzeniach brajlowskich – należy przez to rozumieć elektroniczne urządzenia, zdolne tworzyć wypukłą formę informacji wyjściowej, możliwą do odczytania przy pomocy zmysłu dotyku;
8. zatrudnieniu – należy przez to rozumieć:
  - a) stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące,
  - b) stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące,
  - c) działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r. poz. 2336, z późn. zm.),
  - d) działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. poz. 646, z późn. zm.),
  - e) zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się),
  - f) staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r., poz. 1265, z późn. zm.),okresy zatrudnienia wnioskodawcy w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia;
9. zdarzeniach losowych – należy przez to rozumieć potwierdzone przez właściwe jednostki zdarzenia, nieprzewidziane i niezawinione przez wnioskodawcę/podopiecznego wnioskodawcy, które były nie do uniknięcia nawet przy zachowaniu należytej staranności, skutkujące utratą, zniszczeniem lub uszkodzeniem przedmiotu dofinansowania w stopniu uniemożliwiającym użytkowanie i naprawę;
10. wymagalnych zobowiązaniach – należy przez to rozumieć:
  - a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,
  - b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:
    - wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,
    - wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,
    - wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

## **Oświadczenia adresata programu lub osoby go reprezentującej**

1. Oświadczam, 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).
2. Oświadczam, że posiadam / nie posiadam wymagalne zobowiązania wobec PFRON.
3. Oświadczam, że posiadam / nie posiadam wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu.
4. Oświadczam, że 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. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku 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.
6. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am) / nie byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
7. Oświadczam, że nie ubiegam się /ubiegam się i będę / nie będę ubiegać się w danym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) ani innego urzędu.
8. Oświadczam, że moim miejscem zamieszkania zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest .....  
Jest to miejscowość, w której przebywam z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem mojego życia codziennego, w którym skoncentrowane są moje plany życiowe.
9. Oświadczam, że informacje podane w niniejszym wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania. Mam świadomość odpowiedzialności karnej z art. 233 KK, za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy.
10. Oświadczam, w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania: ☐ tak - ☐ nie.
11. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej **10%** ceny brutto).
12. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Żory, dnia .....

.....  
(podpis Wnioskodawcy)

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

**Przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy** - należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1952), 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 2017 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018 r. - M.P. 2018 poz. 911), według wzoru:  $[(3.399 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;

Uwaga! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) ..... zamieszkały(a)

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....  
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (zgodnie z przypisem nr 1):

|                                                                                                                                         |                        | Średni miesięczny dochód |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1.                                                                                                                                      | Wnioskodawca:<br>..... |                          |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą: |                        | x                        |
| 2.                                                                                                                                      |                        |                          |
| 3.                                                                                                                                      |                        |                          |
| 4.                                                                                                                                      |                        |                          |
| 5.                                                                                                                                      |                        |                          |
| RAZEM                                                                                                                                   |                        |                          |

### Oświadczam, także że:

- 1) średni miesięczny dochód brutto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .....zł.(słownie złotych: .....)  
(należy wyliczyć zgodnie z przypisem nr 2);
- 2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Żory, dnia.....r.

.....  
Podpis Wnioskodawcy

**Za samodzielne gospodarstwo domowe** uważa się sytuację, gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

**Przez pojęcie wspólne gospodarstwo domowe** – należy rozumieć stan faktyczny, gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny.

Wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców / opiekunów.

Załącznik nr 2a

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(dotyczy osób z dysfunkcją narządu ruchu)

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

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**  
**Obszar B Zadania 1**

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:

6.

|                          |                                                                        |                                |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych       | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych    | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych    | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Brak obu kończyn górnych na wysokości/od:<br>.....                     | pieczętka, nr i podpis lekarza |

|                          |                                                                                         |                                              |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <p>Znaczny niedowład obu kończyn górnych objawiający się:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza</p> |
| <input type="checkbox"/> | <p>Inne schorzenia:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                          | <p>pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza</p> |

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

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

(dotyczy osób z dysfunkcją narządu wzroku)

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

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Obszar B Zadanie 1

## 1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. PESEL           

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

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

☐ jednego oka☐ obydwu oczub) Pacjent ma zwężone pole widzenia: ☐ *nie dotyczy*☐ w oku lewym do: ..... stopni☐ w oku prawym do: ..... stopnic) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): ☐ *nie dotyczy*☐ w oku lewym wynosi: .....☐ w oku prawym wynosi: .....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak ☐ nie

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

(miejscowość)

(data)

(pieczęć, nr i podpis lekarza)

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych  
przez Realizatora programu oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej z siedzibą w Żorach, przy ul. Księcia Przemysława 2 oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

***Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.***

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - *niepotrzebne skreślić*):

.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu tj. Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej z siedzibą w Żorach przy ul. ks. Przemysława 2 oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

### **Klauzula informacyjna przy pobieraniu danych bezpośrednio od osoby**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żorach z siedzibą w Żorach ul. Księcia Przemysława 2;
- 2) kontakt z inspektorem ochrony danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Żorach pod adresem e-mail: [iodo@mops.zory.pl](mailto:iodo@mops.zory.pl) , nr telefonu: 32 43 42 412 wew. 19;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach realizacji ustawowych zadań Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żorach- na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c, e RODO oraz na podstawie Art. 9 ust. 2 lit. g) RODO;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa i podmioty upoważnione na podstawie umów;
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
- 6) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt;
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych;
- 9) podanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udzielenia pomocy / przyznania świadczeń;
- 10) Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu;
- 11) Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane ręcznie oraz automatycznie.

Oświadczam, że zostałem zapoznany z powyższymi danymi

Żory, dnia .....

.....  
*czytelny podpis*