

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

Nr sprawy: .....



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

Załącznik nr 11

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

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Moduł I Obszar C – Zadanie 3 –

**Pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości, adresowana do osób ze stopniem niepełnosprawności**

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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola ☐)

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

| DANE PERSONALNE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r. przez.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 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"/>                                                                                                                                                                                                                                                              | Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</b> - 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.<br><br>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....<br>(pocztą)<br>Miejscowość .....<br>ulica .....<br>Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat .....<br>Województwo ..... | <b>ADRES ZAMELDOWANIA</b><br>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)<br><br>Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....<br>(pocztą)<br>Miejscowość .....<br>ulica .....<br>Nr domu ..... Nr lok. ....<br>Województwo ..... |
| Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| e'mail (o ile dotyczy): .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Adres korespondencyjny:</b> (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie:                                                                                                                                                                        |

# DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO (jeśli dotyczy)

## DANE PERSONALNE

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia:..... r.

PESEL

Pełnoletni: ☐ tak ☐ nie

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

## MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

miejsce, 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   -    .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

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

Powiat .....

Województwo .....

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO

☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji

☐ znaczny stopień

☐ I grupa inwalidzka

☐ całkowita niezdolność do pracy

☐ umiarkowany stopień

☐ II grupa inwalidzka

☐ częściowa niezdolność do pracy

☐ lekki stopień

☐ III grupa inwalidzka

☐ orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ..... ☐ bezterminowo

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO

☐ **NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:** ☐ obu kończyn górnych ☐ jednej kończyny górnej

☐ obu kończyn dolnych ☐ jednej kończyny dolnej ☐ innym

Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

☐ **NARZĄD WZROKU 04-O**

☐ osoba niewidoma

☐ osoba głuchoniewidoma

**Lewe oko:**

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

**Prawe oko:**

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

☐ 01-U upośledzenie umysłowe

☐ 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

☐ 05-R upośledzenie narządu ruchu

☐ 07-S choroby układu oddechowego i krążenia

☐ 09-M choroby układu moczowo-płciowego

☐ 02-P choroby psychiczne

☐ 04-O choroby narządu wzroku

☐ 06-E epilepsja

☐ 08-T choroby układu pokarmowego

☐ 10-N choroby neurologiczne

☐ 11-I inne

☐ 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

☐ inne przyczyny, jakie .....

## OBECNIE WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY POBIERA NAUKĘ

☐ ŻŁOBEK

☐ PRZEDSZKOLE

☐ 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 |

**NAZWA I ADRES PLACÓWKI**

Nazwa placówki ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

| AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO                                                       |                                                                    |                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 ..... |

☐ miejsce pracy (adres): .....

☐ okres zatrudnienia: .....

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak ☐ nie ☐

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak ☐ nie ☐

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....

.....

.....

**Uwaga!** za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

| 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"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Cel<br>(nazwa instytucji, programu i/<br>lub zadania, w ramach<br>którego przyznana została<br>pomoc)                                                                      | Przedmiot<br>dofinansowania<br>(co zostało<br>zakupione ze<br>środków PFRON) | Beneficjent<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

| Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:</b><br><input type="checkbox"/> w zakresie ręki<br><input type="checkbox"/> przedramienia<br><input type="checkbox"/> ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym | <b>PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:</b><br><input type="checkbox"/> na poziomie podudzia<br><input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy)<br><input type="checkbox"/> uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym |
| <b>Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):</b><br><br><br><br><br>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                           |

### 4. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Rodzaj przedmiotu dofinansowania              | Orientacyjna cena brutto (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| PROTEZA                                       |                                 |                          |
| KOSZTY DOJAZDU NA SPOTKANIE Z EKSPERTEM PFRON |                                 |                          |
| ŁĄCZNIE                                       |                                 |                          |

### 5. Informacje uzupełniające

|                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Przyczyna amputacji kończyny:</b> <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka: .....                                 |
| <b>Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:</b> <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny                 |
| <b>Ocena zdolności do pracy</b> w wyniku wsparcia udzielonego w programie:.....<br>.....<br>.....                                             |
| <input type="checkbox"/> NIE POSIADAM PROTEZY                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> OD ROKU: ..... UŻYTKUJĘ PROTEZĘ (rodzaj/opis techniczny): .....<br>.....<br>.....                                    |
| <b>CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE PROTEZY:</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK |
| w ..... roku w ramach ..... a także w ..... roku w ramach .....                                                                               |

\* - należy zaznaczyć właściwe

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.

**6. 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. \*

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

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

.....  
podpis Wnioskodawcy

## 7. Załączniki: wymagane do wniosku

| Nazwa załącznika |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU<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 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 formularza 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 potwierdzające zatrudnienie wnioskodawcy                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8.               | Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie osoby (w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracę)                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9.               | Zaświadczenie ze szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia (dot. osób uczących się)                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10.              | Dokument z odpowiedniej jednostki potwierdzający poniesienie szkody w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (dot. roku 2018 i 2019)                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 11.              | Dwie oferty niezależnych od siebie zakładów ortopedycznych (proteźni) -sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 wniosku                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 12.              | Inne:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |

## 8. 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 powtórnego/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 C – likwidacja bariery w poruszaniu się:

Zadanie 3: pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości, adresowana do osób ze stopniem niepełnosprawności

- 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;
- ekspercie PFRON (w przypadku Obszaru C Zadanie nr 3 i nr 4) – należy przez to rozumieć specjalistę wojewódzkiego z dziedziny rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii albo innego specjalistę w tych dziedzinach, wskazanego przez jednego z wymienionych specjalistów, który prowadzi na terenie danego województwa długotrwałą opiekę protetyczną nad osobami po amputacjach kończyn; wyboru ekspertów Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dokonuje Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych; ekspertem nie może być osoba, która aktualnie oraz w ciągu ostatnich 3 lat, była przedstawicielem prawnym lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem protezowni (zakładu ortopedycznego); ekspertom Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przysługuje wynagrodzenie za wydanie opinii do wniosku zakwalifikowanego do dofinansowania, w zakresie:
  - stabilności procesu chorobowego wnioskodawcy,
  - rokowań, co do zdolności wnioskodawcy do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie,
 oraz o ile dotyczy:
  - celowości zwiększenia, jakości protezy do poziomu IV (dla zdolności do pracy wnioskodawcy) i zwiększenia kwoty dofinansowania;
- gospodarstwie domowym wnioskodawcy – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:
  - wspólne gospodarstwo, – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny, lub
  - 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;
- poziomie jakości protez kończyny górnej – należy przez to rozumieć:
  - poziom I – prosta proteza o funkcji głównie kosmetycznej ewentualnie z najprostszymi elementami mechanicznego ustawienia pozycji łokcia i nadgarstka; do wykonania w ramach limitu NFZ; nie przywraca nawet podstawowych funkcji utraconej ręki,
  - poziom II – proteza z prostymi elementami mechanicznymi oraz standardowym zawieszeniem na kikucie; w zasadzie możliwa do wykonania w ramach NFZ z niewielką dopłatą; nie uniezależnia pacjenta od otoczenia w stopniu wystarczającym dla podjęcia aktywności zawodowej;
  - poziom III - proteza z precyzyjnymi elementami mechanicznymi oraz nowoczesnym zawieszeniem kikuta (także z wykorzystaniem technologii silikonowej) oraz bardzo dobrym wykończeniem kosmetycznym; uniezależnia pacjenta od otoczenia

- w stopniu umożliwiającym podjęcie aktywności zawodowej,
- d) poziom IV - proteza z elementami bioelektrycznymi (lub elementy kombinowane bioelektryczne i mechaniczne - tzw. hybrydowa); proteza w części bioelektrycznej sterowana impulsami z zachowanych grup mięśniowych; w znacznym stopniu pozwala na uniezależnienie się od otoczenia, jednak nie zawsze jest akceptowana przez pacjentów, w szczególności z powodu znacznej wagi;
5. poziomie, jakości protez kończyny dolnej – należy przez to rozumieć:
- a) poziom I - proteza wykonana w ramach limitu NFZ; posiada najprostsze elementy mechaniczne; nie daje możliwości lokomocyjnych dla codziennego funkcjonowania pacjenta,
  - b) poziom II - poziom podstawowy umożliwiający w miarę sprawne poruszanie się pacjenta; proteza taka jednak nie daje rzeczywistych możliwości intensywnego, bezpiecznego jej użytkowania potrzebnego do codziennej aktywności zawodowej,
  - c) poziom III - poziom bardzo dobry; proteza taka wykonana na nowoczesnych elementach (stopa, staw kolanowy) oraz posiadająca bardzo dobre zawieszenie w leju, także na elementach silikonowych; w tej grupie protez pacjent może otrzymać zaopatrzenie zapewniające takie możliwości lokomocyjne, aby mógł podjąć lub kontynuować aktywność zawodową;
  - d) poziom IV - grupa najnowocześniejszych w świecie protez, także z elementami sterowanymi cyfrowo, z wielowarstwowymi lejami oraz najlżejszymi elementami nośnymi; umożliwiają w niektórych przypadkach także aktywność sportową i rekreacyjną pacjentów;
6. protezie kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (obszar C zadanie nr 3 i nr 4) – należy przez to rozumieć protezę/protezę kończyny górnej i/lub dolnej na III lub IV poziomie, jakości protez;
7. 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 rolnicza 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;
8. 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.
9. 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 protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne: ☐ tak - ☐ nie.
11. Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej **10%** ceny brutto).
12. Oświadczam, że na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: ☐ tak - ☐ nie.
13. 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 2018 r., poz. 2220, z późn. zm.), 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) .....

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkały(a).....

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

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (zgodnie z przepisem 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 przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .....zł.(słownie .....)  
(należy wyliczyć zgodnie z przepisem 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.

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....  
 .....  
 .....
4. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

|                          |                                                                 |                                |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ręki                                       | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie przedramienia                              | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na poziomie podudzia                                  | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)          | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym     | pieczętka, nr i podpis lekarza |

**Przyczyna amputacji kończyny:** ☐ uraz ☐ inna,  
 jaka:.....

**Aktualny stan procesu chorobowego:** ☐ stabilny ☐ niestabilny

**Ocena zdolności do pracy** w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne: .....

....., dnia .....  
 (miejscowość) (data)

.....  
 (pieczętka, 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

## Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorysu do protezy dla Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”

**Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem e’mail [pcpr@powiatrybnicki.pl](mailto:pcpr@powiatrybnicki.pl), a także na: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl)**

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....

Poziom amputacji: .....

Ewentualne nieprawidłowości kikuta: .....

### Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych fabrycznie

| L. p | Nazwa elementu | Producent i symbol elementu | Nazwa handlowa (jeśli jest ) | Parametry techniczne i materiałowe | Okres gwarancji | Cena brutto |
|------|----------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------|-----------------|-------------|
|      |                |                             |                              |                                    |                 |             |
|      |                |                             |                              |                                    |                 |             |
|      |                |                             |                              |                                    |                 |             |
|      |                |                             |                              |                                    |                 |             |
|      |                |                             |                              |                                    |                 |             |
|      |                |                             |                              |                                    |                 |             |
|      |                |                             |                              |                                    |                 |             |
|      |                |                             |                              | <b>Suma (w zł)</b>                 |                 |             |

### Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla wnioskodawcy

| L. p | Nazwa elementu | Parametry techniczne i materiałowe | Okres gwarancji    | Cena brutto |
|------|----------------|------------------------------------|--------------------|-------------|
|      |                |                                    |                    |             |
|      |                |                                    |                    |             |
|      |                |                                    |                    |             |
|      |                |                                    |                    |             |
|      |                |                                    |                    |             |
|      |                |                                    | <b>Suma (w zł)</b> |             |

|  |
|--|
|  |
|--|

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)

.....  
czytelny podpis

### **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 Rzeczym 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*