WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU – AKTYWNY SAMORZĄD – MODUŁ I - OBSZAR B1 (dysfunkcja ruchu)

- swoje (lub dziecka) orzeczenie o niepełnosprawności,
- akt urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka (nie dotyczy osoby z dysfunkcją narządu wzroku i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności),
- dokument stanowiący opiekę prawną – jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną,
- osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia – z orzeczeniem o niepełnosprawności: zaświadczenie lekarskie potwierdzające dysfunkcję obu rąk,
- fakultatywnie - osoba z dysfunkcją narządu wzroku ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia – z orzeczeniem o niepełnosprawności: zaświadczenie lekarskie (okulista), gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 04-O,
- fakultatywnie - osoba z dysfunkcją narządu słuchu: zaświadczenie lekarskie (specjalista), gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 03-L,
- fakultatywnie: oferta cenowa,
- fakultatywnie: opinia eksperta w zakresie dopasowania wnioskowanej pomocy do aktualnych potrzeb wynikających z aktywności,
- fakultatywnie: dokument potwierdzający zatrudnienie (w tym wolontariat trwający co najmniej 6 miesięcy) w przypadku osób, które osiągnęły wiek emerytalny,
- oświadczenie o nieubieganiu się odrębnym wnioskiem.

Informacja dodatkowa – dokumenty dołączasz do wniosku w formie:

- skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW (System Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON),
- kopii – w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem oświadczeń, które załączasz w oryginale.

Ważne: jednostka udzielająca wsparcia ma możliwość wezwać cię do okazania oryginału dokumentu.

aktywny samorząd

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Data wpływu:
Nr sprawy:

WNIOSEK „M-I”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar B – Zadanie nr 1 lub 3 lub 4
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.

DANE WNIOSKODAWCY
ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ dla osoby z dysfunkcją obu kończyn górnych lub narządu wzroku ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczeniem o niepełnosprawności (wniosek B1) ☐ dla osoby z dysfunkcją narządu wzroku i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (wniosek B3) ☐ dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu (wniosek B4)
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ we własnym imieniu ☐ jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego ☐ jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego ☐ jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie ☐ na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego / niepoświadczonego notarialnie z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie ☐ do rozliczenia dofinansowania ☐ do zawarcia umowy ☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku ☐ do złożenia wniosku ☐ inne

Do wniosku należy dołączyć skan pełnomocnictwa umieszczając go na liście załączników.

☐ Jako pełnomocnik oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jestem i nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto powyżej 5 tys. mieszkańców ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.

☐ Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto powyżej 5 tys. mieszkańców ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki ☐ nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji ☐ całkowita niezdolność do pracy ☐ częściowa niezdolność do pracy ☐ nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ 01-U – upośledzenie umysłowe
☐ 02-P – choroby psychiczne
☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
  ☐ osoba głucha
  ☐ osoba głuchoniema
☐ 04-O – narząd wzroku
  ☐ osoba niewidoma
  ☐ osoba głuchoniewidoma
☐ 05-R – narząd ruchu
  ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
  ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych
☐ 06-E – epilepsja
☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
☐ 08-T – choroby układu pokarmowego
☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
☐ 10-N – choroby neurologiczne
☐ 11-I – inne
☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Nazwa pola	Zawartość
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

☐ nie dotyczy
☐ nieaktywna/y zawodowo
☐ bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
  Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
☐ poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
☐ zatrudniony

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

Forma zatrudnienia	Od dnia	Na czas nieokreślony	Do dnia
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		☐ tak ☐ nie	
☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		☐ tak ☐ nie	
☐ umowa cywilnoprawna		☐ tak ☐ nie	
☐ staż zawodowy		☐ tak ☐ nie	
☐ działalność gospodarcza		☐ tak ☐ nie	
☐ działalność rolnicza		☐ tak ☐ nie	

☐ wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania		☐ tak ☐ nie	

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

☐ Nie dotyczy
☐ Przedszkole
☐ Szkoła podstawowa
☐ Zasadnicza Szkoła Zawodowa
☐ Technikum
☐ Liceum
☐ Szkoła policealna
☐ Kolegium
☐ Studia I stopnia
☐ Studia II stopnia
☐ Studia magisterskie (jednolite)
☐ Studia podyplomowe
☐ Studia doktoranckie
☐ Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
☐ Szkoła doktorska
☐ Uczelnia zagraniczna
☐ Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
☐ Każda inna, jaka:

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał w ciągu ostatnich 5 lat pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania?
☐ tak ☐ nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:	

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ramach innych zadań niż pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?
☐ tak ☐ nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:	

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. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania" znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (…)".

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:
☐ tak ☐ nie

UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR):

☐ tak ☐ nie

Posiadam/podopieczny posiada następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie:

☐ tak ☐ nie

Proszę wymienić:

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego kursy komputerowe:

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (w obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym):

Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – należy przez to rozumieć:

a) osobę zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a także,

b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/ potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).

☐ tak ☐ nie

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

☐ firma handlowa
☐ media
☐ Realizator programu
☐ PFRON
☐ inne, jakie:

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:
☐ indywidualne ☐ wspólne
Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Średni dochód (przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy) - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w roku poprzedzającym złożenie wniosku na podstawie Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obliczony wg wzoru: [przeciętny dochód z ha x liczba hektarów]/12/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie Dokument_5_Wyjasnienia_dot_ustalania_wysokosci_dochodu.pdf dostępnym wraz z dokumentacją dla naboru.

☐ *Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (…), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).*

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1 lub 3 lub 4

Przedmiot pomocy	Typ sprzętu	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
☐ Standardowy sprzęt komputerowy w dowolnej konfiguracji/zestawie (monitor, stacja, drukarka, osprzęt) lub laptop	☐ Stacjonarny ☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		
☐ Smartfon lub tablet	☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		
☐ Zestaw urządzeń brajlowskich w dowolnej konfiguracji	☐ Stacjonarny ☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		
☐ Urządzenie lektorskie, niezależnie od konfiguracji	☐ Stacjonarny ☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		
☐ Linijka - urządzenie brajlowskie	☐ Stacjonarny ☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		
☐ Drukarka - urządzenie brajlowskie	☐ Stacjonarny ☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		

☐ Każde inne urządzenie brajlowskie	☐ Stacjonarny ☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		
☐ Inny sprzęt lub urządzenie elektroniczne, z wyłączeniem urządzeń brajlowskich	☐ Stacjonarny ☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		
☐ Oprogramowanie	☐ Stacjonarny ☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		
Razem:			

Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:

Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU

Lp.	Plik

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*

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

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

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. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką***):

☐	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych objawiająca się: ……..	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia:.....	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych w programie Aktywny Samorząd i Systemie SOW

Administrator danych osobowych

Administratorami danych osobowych są: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim (dalej jako PCPR) ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, nr tel.: 41 2499408, e-mail: sekretariat@pcpr.ostrowiec.pl oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych al. Jana Pawła II 13, 00-823 Warszawa.

Inspektor Ochrony Danych

Z Inspektorem Ochrony Danych w PCPR w Ostrowcu Świętokrzyskim można się kontaktować pisząc na adres e-mail: iod@pcpr.ostrowiec.pl,
Z Inspektorem Ochrony Danych w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych pisząc na adres e-mail: iod@pfron.org.pl.

Cel i podstawa prawna przetwarzania danych osobowych

Dane osobowe przetwarzane są przez PFRON w celu zarządzania Systemem SOW oraz realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym, w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO, jako że jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób.

Dane osobowe przetwarzane są przez PCPR w Ostrowcu Świętokrzyskim w celu rozpoznania złożonego Wniosku oraz przyznania dofinansowania i jego rozliczenia przez PFRON. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy albo art. 6 ust.1 lit. c) RODO, jeśli jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz art. 9 ust.2 lit. b) w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Odbiorcy danych

Odbiorcami danych osobowych mogą być:

- podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PFRON przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest PFRON,
- podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PCPR w Ostrowcu Świętokrzyskim przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest PCPR,
- dostawca lub podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW.

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą wykorzystywane przez okres niezbędny do realizacji obowiązków ciążących odrębnie na każdym z Administratorów, a następnie archiwizowane przez okres wynikający z przepisów powszechnie obowiązującego prawa dotyczących archiwizacji.

Prawa osób, których dane dotyczą

Na zasadach określonych przepisami RODO, przysługują Państwu następujące prawa:

- prawo dostępu do danych, w tym uzyskania kopii danych,
- prawo żądania sprostowania danych,
- prawo do usunięcia danych, chyba że dalsze przetwarzanie danych jest niezbędne dla wywiązania się z obowiązku prawnego,
- prawo do ograniczenia przetwarzania danych,
- prawo do przenoszenia danych w przypadku, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit b RODO i w sposób zautomatyzowany.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

W przypadku uznania, że przetwarzanie danych narusza przepisy RODO przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Obowiązek / dobrowolność podania danych osobowych

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym jest również niezbędne do założenia Konta w Systemie SOW. Odmowa podania danych będzie skutkowała odmową założenia Konta w Systemie SOW i w konsekwencji uniemożliwi złożenie Wniosku o przyznanie pomocy w postaci elektronicznej.

Informacje o profilowaniu

W związku z przetwarzaniem danych osobowych nie będzie dochodziło do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

Załącznik do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” ***Moduł I***

Oświadczenie

Imię i nazwisko:……

PESEL:……..

Oświadczam, iż nie ubiegam się i nie będę w 2023 roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I – za pośrednictwem innego realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) niż właściwego dla mojego miejsca zamieszkania. Realizatorem właściwym dla osób, których miejscem zamieszkania jest Powiat Ostrowiecki jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim ul. Świętokrzyska 22, 27 - 400 Ostrowiec Świętokrzyski.

…… data i podpis wnioskodawcy