

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK „M-I”

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

Moduł I – dodatek na opłaty za energię elektryczną Obszar E

ROLA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ we własnym imieniu ☐ jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego ☐ jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego ☐ jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego notarialnie z dnia:	

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

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
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

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY NA KTÓRY MOGĄ ZOSTAĆ PRZEKZANE ŚRODKI W PRZYPADKU POZYTYWNEGO ROZPATRZENIA WNIOSKU

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

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:	

ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY, DLA KTÓREJ SKŁADASZ WNIOSEK

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Numer telefonu:	
Adres email:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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 opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.	

ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON I REALIZATORA PROGRAMU

Czy masz zaległości finansowe wobec PFRON – na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?

☐ tak ☐ nie

Czy masz zaległości finansowe wobec urzędu, do którego zwracasz się o dofinansowanie ze środków PFRON? Na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?

☐ tak ☐ nie

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

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...)”.

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

☐ tak ☐ nie

ŹRÓDŁO INFORMACJI O WSPARCIU PFRON

Skąd wiesz o naszym wsparciu? Wybierz źródło

- ☐ firma
☐ media
☐ Urząd, który przyznaje wsparcie PFRON
☐ PFRON
☐ inne, jakie? (należy podać inne źródło informacji):

	PRZEDMIOT WNIOSKU
Nazwa pola	Zawartość
Okres objęty refundacją od:	
Okres objęty refundacją do:	

Nazwa jednostki udzielającej świadczenia:

☐ zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

☐ zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie

☐ poradnia/ośrodek/zespół domowego leczenia tlenem

☐ hospicjum domowe

☐ opiekę paliatywną

☐ pielęgniarzką piekę długoterminową

☐ lekarz specjalista, który zalecił stosowanie urządzenia w warunkach domowych

Urządzenie, z którego korzysta osoba niepełnosprawna:

☐ Koncentrator tlenu

☐ Respirator

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY NA KTÓRY MOGĄ ZOSTAĆ PRZEKZANE ŚRODKI W PRZYPADKU POZYTYWNEGO ROZPATRZENIA WNIOSKU	
Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA	
Lp.	Nazwa
1	Kserokopia/skan orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego).
2	Kserokopię/ skan aktu urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka.
3	Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym – zał. nr 1 do wniosku
4	Zaświadczenie potwierdzające korzystanie ze świadczenia w ramach ośrodka domowego leczenia tlenem lub ośrodka wentylacji domowej – zał. nr 2 do wniosku
5	Pełnomocnictwo (notarialne albo w formie pisemnej zwykłej) - jeśli sprawa dotyczy osoby, która ustanowiła takie pełnomocnictwo - zał. nr 3 do wniosku (do systemu SOW) i zał. nr 4 (wersja papierowa)

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.

Lp.	Treść oświadczenia
1	Oświadczam, że: ☐ Uzyskałem/am pozytywną kwalifikację do leczenia z wykorzystaniem koncentratora tlenu lub respiratora, która odbywa się w szpitalu lub w ośrodku domowego leczenia tlenem.
2	Oświadczam, że: ☐ Użytkuję koncentrator tlenu lub respirator w okresie, za który przysługuje dodatek.
3	Oświadczam, że: ☐ Informacje i dane zawarte w złożonych oświadczeniach i zaświadczeniach, bądź innych dokumentach stanowiących podstawę przyznania dodatku są zgodne ze stanem faktycznym.
4	Oświadczam, że: ☐ Wyrażam zgodę na weryfikację zgodności ze stanem faktycznym złożonych oświadczeń lub na oględziny urządzenia w miejscu zamieszkania lub z wykorzystaniem instrumentów kontroli pozwalających na uzyskiwanie informacji na odległość (w kontaktach telefonicznych lub on-line).
5	Oświadczam, że: ☐ Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że złożenie we wniosku oświadczenia lub zaświadczenia niezgodnego ze stanem faktycznym eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania, a ujawnienie w toku kontroli niezgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę przyznania dodatku skutkuje koniecznością zwrotu wypłaconego dodatku i naliczonych odsetek w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych - w terminie wskazanym w pisemnej informacji o konieczności zwrotu zakwestionowanej kwoty (wezwanie do zapłaty).
6	Oświadczam, że: ☐ Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że w przypadku konieczności zwrotu wypłaconego dodatku, odsetek nie nalicza się jedynie w przypadku, gdy wystąpienie okoliczności powodujących obowiązek zwrotu środków było niezależne od wnioskodawcy.
7	Oświadczam, że: ☐ Zobowiązuje się do zwrotu wypłaconego dodatku i naliczonych odsetek w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych w terminie wskazanym w wezwaniu do zapłaty, w przypadku stwierdzenia przez realizatora programu lub PFRON w toku kontroli niezgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę przyznania dodatku.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Klauzula informacyjna RODO
w ramach programu „Aktywny samorząd” - moduł I, II i III
finansowanego ze środków PFRON

Zgodnie z art. 13 i art.14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn.zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Ks. Pr. St. Słonki 24, 34-300 Żywiec**.
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: iodo@marwikpoland.pl
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Programu „Aktywny samorząd” moduł I, II i III, w tym rozliczenie otrzymanych środków z PFRON.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu „Aktywny samorząd”- moduł I, II i III.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji.
6. Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawne, rodzice i opiekunowie osób z niepełnosprawnością.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa oraz podmioty realizujące świadczenie w imieniu administratora na podstawie umów cywilnoprawnych. Dane osób fizycznych przetwarzane przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Ks. Pr. St. Słonki 24, 34-300 Żywiec**, w szczególności dane osób korzystających z Programu „Aktywny samorząd” będą udostępniane do PFRON – w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez PCPR oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
8. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl). Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
9. Podanie danych osobowych w zakresie realizacji Programu „Aktywny samorząd” jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy