

Data wpływu:
Nr sprawy:

WNIOSEK „M-I”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd”
Moduł I – dodatek na opłaty za energię elektryczną
Obszar E

| DANE WNIOSKODAWCY ROLA WNIOSKODAWCY | |
|---|--|
| Nazwa pola | Zawartość |
| Wnioskodawca składa wniosek: | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa |
| Postanowieniem Sądu: | |
| Z dnia: | |
| Sygnatura akt: | |
| Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego / niepoświadczonego notarialnie z dnia: | |

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

| DANE WNIOSKODAWCY DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY | |
|---|-----------|
| Nazwa pola | Zawartość |
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |

| Data urodzenia: | |
|---|--|
| ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE | |
| Nazwa pola | Zawartość |
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Numer domu: | |
| Numer lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś |
| Numer telefonu: | |
| Adres email: | |

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

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

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO 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 I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

| 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

| Nazwa pola | Zawartość |
|--|---|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Stopień niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest: | <input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: |
| Numer orzeczenia: | |
| Grupa inwalidzka: | <input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy |

| | |
|------------------------------|---|
| Niezdolność do pracy: | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
|------------------------------|---|

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

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

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- firma handlowa
- media
- Realizator programu (PCPR, MOPR)
- PFRON
- inne, jakie:.....

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

Jednostka udzielająca świadczenia:

zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

.....

zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie

.....

poradnia/ośrodek/zespół domowego leczenia tlenem

.....

Urządzenie z którego korzysta osoba niepełnosprawna:

Koncentrator tlenu

Respirator

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

| Zestaw załączników określa Realizator | |
|---------------------------------------|--|
| L.p | Nazwa |
| 1 | orzeczenie o niepełnosprawności |
| 2 | akt urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka |
| 3 | dokument stanowiący opiekę prawną – jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną |
| 4 | pełnomocnictwo (notarialne albo w formie pisemnej zwykłej) - jeśli sprawa dotyczy osoby, która ustanowiła takie pełnomocnictwo |
| 5 | zaświadczenie potwierdzające korzystanie ze świadczenia w ramach ośrodka domowego leczenia tlenem lub ośrodka wentylacji domowej |
| 6 | oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym |

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: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> użytkuję koncentrator tlenu lub respirator w okresie, za który przysługuje dodatek. |
| 3 | Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> informacje i dane zawarte w złożonych oświadczeniach i zaświadczeniach, bądź innych dokumentach stanowiących podstawę przyznania dodatku są zgodne ze stanem faktycznym. |
| 4 | Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 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.

**Klauzula informacyjna RODO
w ramach programu „Aktywny samorząd” - moduł I i II
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 i II, 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 i II.
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 |
|-------------|------|---------------------|
| | | |