

**WNIOSEK „M-I”**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE WNIOSKODAWCY**  **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 poświadczonego /**  **niepoświadczonego notarialnie z dnia:** |  |

**Moduł I – dodatek na opłaty za energię elektryczną Obszar E**

**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**



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:** | * 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:** |  |
| **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:** | * 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.* | |

**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 | Kserokopia/skan orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ( lub orzeczenia równoważnego). |
| 2 | Akt urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka |
| 3 | Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym – zął. 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 |

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.*

**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](mailto: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](mailto: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.

1. Podanie danych osobowych w zakresie realizacji Programu „Aktywny samorząd” jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |