

**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:** | * 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:** |  |

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 | |
| **Lp.** | **Nazwa** |
| 1. | Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 r.ż.). |
| 2. | Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny. |
| 3. | Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej. |
| 4. | Zaświadczenie potwierdzające korzystanie ze świadczenia w ramach ośrodka domowego leczenia tlenem lub ośrodka wentylacji domowej – sporządzony wg wzoru określonego w załączniku. |
|  |  |
| 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. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

*Okres, przez który dane będą przechowywane*

*Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.*

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych Przysługuje Państwu prawo:

1. na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
2. na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
3. na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
4. na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
5. na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
6. art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

*Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.*

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