



Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar C – Zadanie nr 3
pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne
rozwiązania techniczne

DANE WNIOSKODAWCY
ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 notarialnie z dnia	
Imię i nazwisko notariusza	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 kopię dokumentów potwierdzających ustanowienie wnioskodawcy opiekunem prawnym podopiecznego lub kopię pełnomocnictwa upoważniającego do reprezentowania mocodawcy.	
◆ Jako pełnomocnik oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich trzech 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:	
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:	
Nr domu:	
Nr 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 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 korzystał ze środków PFRON 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

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 zamieszkujejącą 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 764), 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876), 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 111), 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 2019 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2020 r. - M.P. 2020, poz. 852), według wzoru: $[(3.244 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$.

Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie Dokument_5_Wyjaśnienia_dot_ustalania_wysokości_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 C/Zadanie nr 3**Proteza kończyny górnej lewej, po amputacji:**

- ◆ nie dotyczy
- ◆ w zakresie ręki
- ◆ przedramienia
- ◆ ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym

Proteza kończyny górnej prawej, po amputacji:

- ◆ nie dotyczy
- ◆ w zakresie ręki
- ◆ przedramienia
- ◆ ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym

Proteza kończyny dolnej lewej, po amputacji:

- ◆ nie dotyczy
- ◆ na poziomie podudzia
- ◆ na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
- ◆ uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym

Proteza kończyny dolnej prawej, po amputacji:

- ◆ nie dotyczy
- ◆ na poziomie podudzia
- ◆ na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
- ◆ uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
◆ Zakup protezy		
◆ Refundacja kosztów dojazdu do eksperta PFRON		
Razem:		

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

Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Nazwa pola	Zawartość
Przyczyna amputacji kończyny:	◆ uraz ◆ inna, jaka:
Posiadam protezę:	◆ tak ◆ nie
Od roku:	
Rodzaj/opis techniczny:	
Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy:	◆ tak ◆ nie
Data:	
W ramach:	
Data:	
W ramach:	

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 – dołączone do wniosku

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

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

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA – wymagane do wniosku

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa
1.	zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 1 do wniosku)
2.	klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych (załącznik nr 2 do wniosku)
3.	oświadczenie o niezyskaniu pomocy z NFZ (załącznik nr 3 do wniosku)
4.	orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności
5.	akt urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka
6.	dokument potwierdzający ustanowienie wnioskodawcy opiekunem prawnym podopiecznego objętego wnioskiem lub pełnomocnictwo do reprezentowania wnioskodawcy - w przypadku składania wniosku przez pełnomocnika
7.	dwie niezależne oferty (od dwóch niezależnych względem siebie sprzedawców/usługodawców), w postaci faktur proforma lub specyfikacji cenowych, które wskazują przewidywany koszt zakupu przedmiotu dofinansowania oraz jego specyfikację
8.	zlecenie na zaopatrzenie w wyrób medyczny z potwierdzeniem uprawnienia do refundacji w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)
9.	fakultatywnie: opinia eksperta w zakresie dopasowania wnioskowanej pomocy do aktualnych potrzeb wynikających z aktywności
10.	osoby, które osiągnęły wiek emerytalny - dokument potwierdzający zatrudnienie (w tym wolontariat trwający co najmniej 6 miesięcy).

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 i zaświadczeń, które załączasz w oryginale.

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

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY

NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

przez Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie, oraz PFRON

Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit a. 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 tych danych oraz uchylecia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** przez **Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie, oraz PFRON** w celu zrealizowania wniosku z dnia dotyczącego uzyskania dofinansowania ze środków PFRON, do którego dołączam niniejszą zgodę.

Pracownik przyjmujący oświadczenie

Osoba składająca oświadczenie

.....
podpis z datą i pieczętką imienną

.....
czytelny podpis z datą

KLAUZULA INFORMACYJNA

O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), informuję o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

Poniższe zasady stosuje się począwszy od 25 maja 2018 roku.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Warszawskim Centrum Pomocy Rodzinie jest: **Dyrektor Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Lipińska 2, 01-833 Warszawa.**
2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w WCPR za pomocą adresu IOD@wcpr.pl.
3. Administrator danych osobowych – Dyrektor WCPR - przetwarza Pani/Pana dane osobowe w celu przyznania Wnioskodawcy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
 - 1) wypełnienia obowiązków prawnych Administratora,
 - 2) realizacji umów zawartych z kontrahentami m. st. Warszawy,
 - 3) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o którym mowa w pkt 4 odbiorcami podanych we Wniosku danych osobowych mogą być:
 - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
 - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z WCPR przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Dyrektor WCPR.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
 - 1) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
 - 2) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
 - 3) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy:
 - a) dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
 - b) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,
 - c) osoba, której dane dotyczą wycofała zgodę na przetwarzanie danych osobowych, która jest podstawą,
 - d) przetwarzania danych i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania danych,
 - e) dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - f) dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
 - 4) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych – w przypadku, gdy:
 - a) osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
 - b) przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,
 - c) Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, ale osoba, której dane dotyczą, potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,
 - d) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie Administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;
 - 5) prawo do przenoszenia danych – w przypadku w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
 - a) przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane dotyczą lub na podstawie zgody wyrażonej przez tę osobę,
 - b) przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany;
 - 6) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
 - a) zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora,

Załącznik nr 2 do wniosku

- b) przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą jest dzieckiem.
8. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, zgodnie z obowiązującym prawem.
9. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w WCPR Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.
10. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
11. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
12. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Administrator danych osobowych

niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Administratora przez Wnioskodawcę we wniosku o pomoc ze środków PFRON.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam niniejszym dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Administratora oraz PFRON w celu przyznania dofinansowania ze środków PFRON i potwierdzam zapoznanie się z powyższymi Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w Warszawskim Centrum Pomocy Rodzinie w ramach udzielania dofinansowań ze środków PFRON, oraz oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

Załącznik nr 3 do wniosku

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
adres

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie uzyskałam/em w roku dofinansowania, refundacji, dotacji ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia na zakup protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne.

.....
podpis