



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 4

pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej 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 (budynekach 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 4

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Zakup elementów zamiennych Proszę wymienić elementy zamienne:		
<input type="checkbox"/> Zakup dodatkowego wyposażenia Proszę wymienić dodatkowe wyposażenie:		
<input type="checkbox"/> Koszty naprawy/remontu		
<input type="checkbox"/> Koszty przeglądu technicznego		
<input type="checkbox"/> Koszty konserwacji/renowacji		
<input type="checkbox"/> Inne Proszę wymienić inne koszty:		
<input type="checkbox"/> Refundacja kosztów dojazdu do eksperta PFRON		
Razem:		

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

Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

Nazwa pola	Zawartość
Proteza kończyny górnej lewej, po amputacji:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ nie dotyczy ◆ w zakresie ręki ◆ przedramienia ◆ ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym
Proteza kończyny górnej prawej, po amputacji:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ nie dotyczy ◆ w zakresie ręki ◆ przedramienia ◆ ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym
Proteza kończyny dolnej lewej, po amputacji:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ nie dotyczy ◆ na poziomie podudzia ◆ na wysokości uda (także przez staw kolanowy) ◆ uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
Proteza kończyny dolnej prawej, po amputacji:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ nie dotyczy ◆ na poziomie podudzia ◆ na wysokości uda (także przez staw kolanowy) ◆ uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
Przyczyna amputacji kończyny:	◆ uraz ◆ inna, jaka:
Czy okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął:	◆ tak ◆ nie
Czy posiadana proteza była naprawiana:	◆ tak ◆ nie
Czy gwarancja na naprawę upłynęła:	◆ tak ◆ nie
Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):	
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

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 stopniu niepełnosprawności
5.	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 oraz zakres planowanych/koniecznych napraw
8.	zamiennie: 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

Załącznik nr 2 do wniosku

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 utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne.

.....
podpis