



Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK „M-III”**  
**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu Aktywny Samorząd**  
**Moduł III – Zadanie 2 Pomoc w wynajęciu samodzielnego mieszkania, które spełnia**  
**indywidualne kryterium dostępności**

**DANE WNIOSKODAWCY**  
**ROLA WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
Z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełny zakres – od złożenia wniosku aż do zawarcia i rozliczenia umowy <input type="checkbox"/> zawarcie umowy <input type="checkbox"/> udzielanie wyjaśnień i uzupełnianie wniosku <input type="checkbox"/> złożenie wniosku <input type="checkbox"/> inne.....

**DANE WNIOSKODAWCY**  
**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE**

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

<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
<b>Numer telefonu:</b>	
<b>Adres email:</b>	

### ADRES KORESPONDENCYJNY

<input type="checkbox"/> Taki sam jak adres zamieszkania	
Nazwa pola	Zawartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>	
<b>Numer lokalu:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

### DANE MOCODAWCY DANE PERSONALNE MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>	
<b>Numer lokalu:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Numer telefonu:</b>	
<b>Adres email:</b>	

## NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

### STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB MOCODAWCY

Zanim odpowiesz na pytania w tej sekcji, przeczytaj dokładnie poniższe wyjaśnienie. Aby uzyskać dofinansowanie z PFRON, musisz mieć orzeczenie o niepełnosprawności. Jest to dokument, który potwierdza, że osoba ma niepełnosprawność. Jest wydawany przez powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Wtedy możesz korzystać z pomocy z PFRON: dofinansowania do różnych świadczeń i zakupów sprzętu. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś po 1997 roku, to w punkcie „Stopień niepełnosprawności” zaznacz stopień niepełnosprawności, jaki masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz przyznanego stopnia niepełnosprawności, to zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś przed 1997 rokiem i jest ono wciąż ważne, to możesz mieć określoną grupę inwalidzką. Wtedy w punkcie „Grupa inwalidzka” zaznacz grupę, jaką masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz grupy inwalidzkiej, zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli masz orzeczenie wydane przez ZUS lub KRUS wówczas zaznacz właściwą odpowiedź tylko w pytaniu: „Niezdolność do pracy”. Jeżeli zaznaczysz, że wypełniasz wniosek dla osoby do 16. roku życia, to nie dotyczą Cię pytania o grupę inwalidzką, stopień niepełnosprawności i niezdolność do pracy.

Nazwa pola	Zawartość
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa
<b>Niezdolność do pracy:</b>	<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

Nazwa pola	Zawartość
<b>Czy osoba z niepełnosprawnością posiada orzeczenie wydane z powodu dysfunkcji narządu słuchu</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Czy osoba z niepełnosprawnością posiada orzeczenie wydane z powodu dysfunkcji narządu wzroku</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Czy osoba z niepełnosprawnością porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB MOCODAWCY

Aktywność zawodowa:

- nie dotyczy  
 Osoba nieaktywna zawodowo  
 Osoba poszukująca pracy (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)  
 Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach): .....  
 Osoba zatrudniona

### WNIOSKODAWCA LUB MOCODAWCA JEST ABSOLWENTEM

Nie dotyczy

Rodzaj placówki:	Data zakończenia:
<input type="checkbox"/> Szkoła przysposabiająca do pracy	
<input type="checkbox"/> Szkoła podstawowa	
<input type="checkbox"/> Zasadnicza Szkoła Zawodowa lub branżowa I stopnia	
<input type="checkbox"/> Technikum lub szkoła branżowa II stopnia	
<input type="checkbox"/> Liceum	

<input type="checkbox"/> Szkoła policealna	
<input type="checkbox"/> Kolegium	
<input type="checkbox"/> Studia I stopnia	
<input type="checkbox"/> Studia II stopnia	
<input type="checkbox"/> Studia magisterskie (jednolite)	
<input type="checkbox"/> Studia podyplomowe	
<input type="checkbox"/> Studia doktoranckie	
<input type="checkbox"/> Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)	
<input type="checkbox"/> Szkoła doktorska	
<input type="checkbox"/> Uczelnia zagraniczna	
<input type="checkbox"/> Każda inna, jaka: .....	

### WNIOSKODAWCA LUB MOCODAWCA JEST OSOBĄ OPUSZCZAJĄCĄ

<input type="checkbox"/> Rodzinę zastępczą
<input type="checkbox"/> Rodzinny dom dziecka
<input type="checkbox"/> Placówkę opiekuńczo-wychowawczą
<input type="checkbox"/> Warsztat terapii zajęciowej
<input type="checkbox"/> Nie dotyczy

### KORZYSTANIE 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
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>	

**Czy masz zaległości finansowe wobec PFRON – na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:**  
 tak  nie

**Czy masz zaległości finansowe wobec urzędu, do którego zwracasz się o dofinansowanie ze środków PFRON? Na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:**  
 tak  nie

**Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:**

**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

**Wnioskodawca może uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wzrost niezależności beneficjentów oraz ułatwienie im aktywności zawodowej i społecznej poprzez zapewnienie samodzielnego mieszkania spełniającego indywidualne kryterium dostępności dla beneficjenta**

**Poprzez indywidualne kryterium dostępności należy każdorazowo rozumieć taką dostępność architektoniczną mieszkania/domu jednorodzinne, która pozwala osobie ze szczególnymi potrzebami korzystać z niego w sposób bezpieczny i maksymalnie samodzielny.**

**(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

**Czy Wnioskodawca uzyskał w ciągu ostatnich 3 lat pomoc ze środków PFRON na pokrycie kosztów zmiany mieszkania:**

tak  nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>	

### PRZEDMIOT WNIOSKU – Informacja o wynajmowanym mieszkaniu

Pomoc jest udzielana w okresie maksymalnie do 36 miesięcy, przy czym każdorazowo po upływie 12 miesięcy dofinansowania, warunkiem udzielenia dalszej pomocy jest wykazanie zatrudnienia przez beneficjenta.

Dla każdego kolejnego okresu: I - do 12 miesięcy, II - od 13 miesięcy do 24 miesięcy, III – od 25 miesięcy do 36 miesięcy należy złożyć odrębny wniosek.

Dofinansowanie ma charakter degresywny i wynosi:

- a) **od 1 do 12 miesięcy – 100% kosztów najmu**, nie więcej jednak niż 100% miesięcznej wysokości maksymalnej kwoty dofinansowania dla danej lokalizacji wynajmowanego lokalu mieszkalnego lub domu jednorodzinnego;
- b) **od 13 do 24 miesięcy – 70% kosztów najmu**, nie więcej jednak niż 70% miesięcznej wysokości maksymalnej kwoty dofinansowania dla danej lokalizacji wynajmowanego lokalu mieszkalnego lub domu jednorodzinnego;
- c) **od 25 do 36 miesięcy – 40% kosztów najmu**, nie więcej jednak niż 40% miesięcznej wysokości maksymalnej kwoty dofinansowania dla danej lokalizacji wynajmowanego lokalu mieszkalnego lub domu jednorodzinnego.

Wnioskowane wsparcie dotyczy kosztów wynajmu mieszkania dofinansowanego ze środków PFRON	Kwota wnioskowana
W okresie od .....	
do .....	
<b>Razem:</b>	
Miesięczna, w tym planowana, kwota kosztów wynajmu mieszkania (wartość brutto w zł)	

Czy koszty związane z eksploatacją wynajmowanego mieszkania są wymienione kwotowo w umowie najmu lub będą wymienione kwotowo w planowanej umowie najmu?	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Miesięczne koszty związane z eksploatacją wynajmowanego mieszkania - w części przypadającej na Wnioskodawcę (wartość brutto w zł)	
Stopień dostosowania/ planowany stopień dostosowania mieszkania do wymogów osób z niepełnosprawnością:	
<input type="checkbox"/> Mieszkanie w pełni/całkowicie spełnia/powinno spełniać moje oczekiwania w zakresie dostępności <input type="checkbox"/> Mieszkanie częściowo spełnia/powinno spełniać moje oczekiwania w zakresie dostępności, dając mi samodzielność w poruszaniu się w mieszkaniu i wyjście z mieszkania na zewnątrz	
Powierzchnia użytkowa / planowana powierzchnia użytkowa mieszkania:	
<input type="checkbox"/> do 30m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> od 31 do 50m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> od 51 do 70 m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> powyżej 70m <sup>2</sup>	
Wszyscy użytkownicy / planowani użytkownicy mieszkania:	
<input type="checkbox"/> Będę mieszkać samodzielnie <input type="checkbox"/> Będę mieszkać z rodziną <input type="checkbox"/> Będę mieszkać z innymi osobami	
Liczba / planowana liczba dodatkowych użytkowników mieszkania (należy wskazać wszystkie osoby poza osobą, która ma uzyskać dofinansowanie):	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Więcej niż 5	
Liczba / planowana liczba osób niepełnosprawnych spośród dodatkowych użytkowników mieszkania (poza osobą, która ma uzyskać dofinansowanie):	
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Więcej niż 5	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Poczta	

### DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

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
<b>Numer rachunku bankowego:</b>	
<b>Nazwa banku</b>	

## OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU

Lp.	Treść oświadczenia
1	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> informacje podane przeze mnie we wniosku i załącznikach do wniosku, są zgodne z prawdą.
2	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> nie jestem właścicielem mieszkania ani nie przysługuje mi spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego w miejscowości realizowania aktywności zawodowej
3	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> poszukuję zatrudnienia w miejscowości, w której znajduje się mieszkanie, którego dotyczy wniosek o wsparcie <input type="checkbox"/> podjęłam/podjąłem zatrudnienie w miejscowości, w której znajduje się mieszkanie, którego dotyczy wniosek o wsparcie.
4	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
5	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> przyjmuję do wiadomości i stosowania, że Realizator programu ma prawo dokonać kontroli zgodności stanu faktycznego ze stanem deklarowanym w oświadczeniach, co oznacza także zgodę na przeprowadzenie kontroli w mieszkaniu, co do którego składane są oświadczenia.
6.	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> przyjmuję do wiadomości i stosowania, że mieszkanie nie może być wynajmowane od osób spokrewnionych.

- Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

### INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 ze zm.), dalej „RODO”, informuję, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, którego siedziba mieści się w Lublińcu przy ul. Sobieskiego 9, 42-700 Lubliniec oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, którego siedziba mieści się w Warszawie, ul. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu: ul. Sobieskiego 9, 42-700 Lubliniec, adres e-mail: iod@lubliniec.starostwo.gov.pl.

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w zakresie wskazanym w przepisach prawa (ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych) odbywa się w celu związanym z przyznaniem dofinansowania w ramach programu „Aktywny samorząd” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w przypadku danych szczególnej kategorii art. 9 ust. 2 lit. b RODO).

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty uprawnione do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa, tj. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu „Aktywny samorząd” przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych. Podmioty wspierające nas w wypełnianiu naszych uprawnień i obowiązków takie jak np. Poczta Polska S. A. z siedzibą w Warszawie, podmioty świadczące usługi doręczenia przy użyciu środków komunikacji elektronicznej, w tym m. in. ePUAP w związku z § 8 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 września 2011 r. w sprawie sporządzania i doręczania dokumentów elektronicznych oraz udostępnienia formularzy, wzorów i kopii dokumentów elektronicznych (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 180) oraz podmioty wspierające nas w świadczeniu naszych usług, w tym zapewniających asystę i wsparcie techniczne dla systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane Pani/Pana dane.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przechowywania danych określonych w instrukcji kancelaryjnej. Akta przeznaczone są do przechowywania na okres 10 lat, po upływie czasu podlegają ekspertyzie kategoria BE10.

Posiada Pani/Pan:

- na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących,
- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych,
- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO\*.

Nie przysługuje Pani/Panu:

- w związku z art. 17 ust.3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
- prawo do przenoszenia danych osobowych, o których mowa w art. 20 RODO,
- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO.

Gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Wniosek Aktywny Samorząd – Moduł III, Zadanie 2 - Pomoc w wynajęciu samodzielnego mieszkania, które spełnia indywidualne kryterium dostępności

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie wynikającym z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne, aby przyznać dofinansowanie w ramach programu „Aktywny Samorząd” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższą informacją i przyjmuję powyższe do wiadomości.

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

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>

### Wykaz załączników do wniosku Moduł III Zadanie 2

1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego,
2. Kserokopia dokumentu potwierdzającego status absolwenta szkoły podstawowej, ponadpodstawowej (wszystkich typów szkół) lub szkoły wyższej, lub dokument potwierdzający opuszczenie placówki lub rodziny zastępczej, rodzinnego domu dziecka, placówki opiekuńczo-wychowawczej, lub warsztatu terapii zajęciowej, uzyskany w okresie 60 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku, jeśli wynika to z formy wnioskowanego wsparcia.
3. Umowa najmu mieszkania (umowa nie jest wymagana na etapie składania wniosku; należy ją załączyć niezwłocznie po jej podpisaniu, jednak nie później niż w ciągu 90 dni od dnia przekazania informacji o pozytywnym rozpatrzeniu wniosku wraz z oświadczeniem, że mieszkanie spełnia indywidualne kryterium dostępności; załączenie umowy i oświadczenia jest warunkiem otrzymania wsparcia).
4. W przypadku osoby osoba pracującej zaświadczenie od pracodawcy lub w przypadku osoby poszukującej pracy zaświadczenie z urzędu pracy o rejestracji jako bezrobotny/poszukujący pracy
5. Jeśli orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne **nie jest wydane z tytułu dysfunkcji narządu słuchu (nie zawiera symbolu 03-L lub nie wskazuje dysfunkcji stanowiącej przyczynę jego wydania)** zaświadczenie wydane przez lekarza zawierające informację o dysfunkcji narządu słuchu osoby, której dotyczy wniosek; zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.
6. Jeśli orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne **nie jest wydane z tytułu dysfunkcji narządu wzroku (nie zawiera symbolu 04-O lub nie wskazuje dysfunkcji stanowiącej przyczynę jego wydania)** zaświadczenie wydane przez lekarza zawierające informację o dysfunkcji narządu wzroku osoby, której dotyczy wniosek; zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.
7. W przypadku wnioskodawcy, który występuje przez pełnomocnika – kserokopia pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności.

Wzór zaświadczenia lekarskiego „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1 (dysfunkcja narządu słuchu)

Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 2

Stempel ZOZ lub praktyki lekarskiej

Miejscowość \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu  
„Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 2

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....
2. Nr PESEL Pacjenta:.....
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta, dotyczy ubytku słuchu powyżej 70 decybeli (db) w co najmniej w jednym uchu.
4. Uwagi (nie są wymagane):.....

Pieczętka, nr i podpis lekarza:

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Zaświadczenie może być wystawione przez lekarza specjalistę w zakresie dysfunkcji narządu słuchu lub lekarza sprawującego opiekę medyczną nad Pacjentem (lekarz rodzinny, POZ). Zaświadczenie składa wraz z wnioskiem o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 2, **wyłącznie osoba doświadczająca dysfunkcji narządu słuchu, która posiada orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, które to orzeczenie zostało wydane z innego powodu niż 03-L**. Bez zaświadczenia wystawionego/ potwierdzonego przez lekarza wniosek o dofinansowanie będzie niekompletny, co spowoduje negatywną weryfikację formalną wniosku. Zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku. POWIAT może zwolnić z obowiązku złożenia zaświadczenia, gdy dysfunkcja narządu słuchu (w stopniu, o którym mowa w pkt 3 zaświadczenia) została potwierdzona zaświadczeniem wystawionym w terminie wcześniejszym (lub w innym dokumencie).

Wzór zaświadczenia lekarskiego „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 2 (**dysfunkcja narządu wzroku**)

Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 2

Stempel ZOZ lub praktyki lekarskiej

Miejscowość \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>2</sup>

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 2

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....
2. Nr PESEL Pacjenta:.....
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku (całkowity lub prawie całkowity brak wzroku), Pacjenta, dotyczy (właściwe należy zaznaczyć):
  - obniżenia ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni,
  - obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub zwężenie pola widzenia do 30 stopni.
4. Uwagi (nie są wymagane):.....

Pieczętka, nr i podpis lekarza:

\_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Zaświadczenie może być wystawione przez lekarza specjalistę w zakresie dysfunkcji narządu wzroku lub lekarza sprawującego opiekę medyczną nad Pacjentem (lekarz rodzinny, POZ). Zaświadczenie składa wraz z wnioskiem o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 2, **wyłącznie osoba doświadczająca dysfunkcji narządu wzroku, która posiada orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, które to orzeczenie zostało wydane z innego powodu niż 04-O**. Bez zaświadczenia wystawionego / potwierdzonego przez lekarza wniosek o dofinansowanie będzie niekompletny, co spowoduje negatywną weryfikację formalną wniosku. Zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku. POWIAT może zwolnić z obowiązku złożenia zaświadczenia, gdy dysfunkcja narządu wzroku (w stopniu, o którym mowa w pkt 3 zaświadczenia) została potwierdzona zaświadczeniem wystawionym w terminie wcześniejszym (lub w innym dokumencie).