



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**

Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.

**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 opiekun prawny 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:	

Pocztą:	
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

.....

☐ hospicjum domowe

.....

☐ opiekę paliatywną

.....

☐ pielęgniarzką opiekę długoterminową

.....

☐ na podstawie zalecenia lekarza specjalisty

.....

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	

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 pilotażowego 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 doręczania 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 do przechowywania na okresie 10 lat, po tym czasie 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.

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 pilotażowego 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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Wykaz załączników do wniosku Obszar E	
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o niepełnosprawności w przypadku osoby do 16 roku życia
2.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka, gdy dotyczy
3.	Dokument stanowiący opiekę prawną – jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną, pełnomocnictwo (notarialne albo w formie pisemnej zwykłej) - jeśli sprawa dotyczy osoby, która ustanowiła takie pełnomocnictwo
4.	Kserokopia zaświadczenia potwierdzającego korzystanie ze świadczenia w ramach ośrodka domowego leczenia tlenem lub ośrodka wentylacji domowej,
5.	Załącznik nr 1 do wniosku – wypełniony i podpisany – oświadczenie o korzystaniu
6.	Oświadczenia podpisane przez Wnioskodawcę lub pełnomocnika, stanowiący załącznik nr 2 do wniosku
7.	Pełnomocnictwo w formie pisemnej zwykłej – jeśli dotyczy.

Oświadczenie**Moduł I Obszar E programu „Aktywny samorząd”****pomoc w kontynuowaniu rehabilitacji w formie wentylacji domowej**

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy

Oświadczam, że uzyskałem / nie uzyskałem* dofinansowanie w ramach Modułu I Obszaru E:

- rok, w którym i na jakie miesiące zostało przyznane dofinansowanie:

.....

- nazwa PCPR/MOPS/MOPR* za pośrednictwem którego otrzymałem(am) dofinansowanie:

.....

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreślić

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.

.....
(data)

.....
(podpis)