**Załączniki B1, B3, B4**

1.swoje (podopiecznego lub dziecka) orzeczenie o niepełnosprawności,

2.akt urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka,

3.dokument stanowiący opiekę prawną – jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną,

4.fakultatywnie - osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia – z orzeczeniem o niepełnosprawności: zaświadczenie lekarskie potwierdzające dysfunkcję obu rąk( B1 ),

5 .fakultatywnie - osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia – z orzeczeniem o niepełnosprawności: zaświadczenie lekarskie potwierdzające dysfunkcję narządu wzroku ( B1 ),

6.fakultatywnie - osoba z dysfunkcją narządu wzroku z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności – z orzeczeniem o niepełnosprawności: zaświadczenie lekarskie (okulista), gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 04-O ( B3 ),

7.fakultatywnie - osoba z dysfunkcją narządu słuchu: zaświadczenie lekarskie (specjalista), gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 03-L ( B 4),

8.oferta cenowa,

9.oświadczenie o dochodach,

10.dokument potwierdzający zatrudnienie lub pobieranie nauki (zaświadczenie)-o ile dotyczy,

11.wystawiony przez właściwą jednostkę dokument potwierdzający poszkodowanie Wnioskodawcy w 2022 lub 2023 roku w wyniku żywiołu lub innego zdarzenia losowego-o ile dotyczy,

12.ważna Karta Dużej Rodziny-o ile dotyczy,

13.klauzula informacyjna,

14.oświadczenie o posiadaniu środków na pokrycie wkładu własnego.

15.fakultatywnie: opinia eksperta w zakresie dopasowania wnioskowanej pomocy do aktualnych potrzeb wynikających z aktywności,

16.fakultatywnie: dokument potwierdzający zatrudnienie (w tym wolontariat trwający co najmniej 6 miesięcy) w przypadku osób, które osiągnęły wiek emerytalny.

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.

……………………………………………..

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (B1)

**w przypadku osób niepełnosprawnych** (*proszę zakreślić  właściwe pole)***:**

u których dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności

w wieku **do 16 roku życia**

**1**. **Imię i nazwisko Pacjenta**………………………………..…………………………………….

**2.** PESEL:

**3.** Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub ma zwężone pole widzenia do 20 stopni :  -tak - nie

b) Pacjent **w wieku do 16 roku życia** ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 lub ma zwężone pole widzenia do 30 stopni : -tak - nie

c) Pacjent jest osobą niewidomą: tak nie

- osoba posiadająca znaczny stopień niepełnosprawności, u której ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub ma zwężone pole widzenia do 20 stopni,

- osoba niepełnosprawna **w wieku do 16 roku życia**, u której ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub ma zwężone pole widzenia do 30 stopni

............................................... .............................................

(miejscowość i data) (pieczątka, nr i podpis **lekarza okulisty**)

......................................

Stempelzakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (B1)

1. Imię i nazwisko Pacjenta .................................................................................................
2. PESEL:

1. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): …………………………………………………………………………...............................................................................................................................................................................................................

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

(*proszę zakreślić  właściwe pole*  *oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe) |

........................................... ..............................................

(miejscowość i data) (pieczątka, nr i podpis **lekarza specjalisty**)

Stempel zakładu opieki zdrowotnej …………………............., dnia ……….…

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (B3) wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

**w przypadku osób niepełnosprawnych**, u których dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

**1**. **Imię i nazwisko Pacjenta**………………………………..…………………………………….

**2.** PESEL:

**3.** Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub ma zwężone pole widzenia do 30 stopni :

 -tak - nie

............................................... .............................................

(miejscowość i data) (pieczątka, nr i podpis **lekarza okulisty**)

Stempel zakładu opieki zdrowotnej ……..........................., dnia ………….…

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (B4) wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

1. Imię i nazwisko Pacjenta.................................................................................................................

PESEL

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

(*proszę zakreślić właściwe pole*  *oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db) |  |
|  | Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db) |  |
|  | Inna dysfunkcja ucha lewego |  |
|  | Inna dysfunkcja ucha prawego | pieczątka, nr  i podpis lekarza |

# OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Ja niżej podpisany(a) ......................................................................................

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

zamieszkały(a)........................................................................................................

(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby(zgodnie z przypisem nr 1 i 2):

|  |
| --- |
| **Przeciętny miesięczny dochód netto** |
| 1. | **Wnioskodawca**: (imię i nazwisko) |  |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego wnioskodawcy  – podać topień pokrewieństwa z wnioskodawcą (o ile dotyczy) | | x |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
|  | RAZEM: |  |

Oświadczam, także że:

1. przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .........................zł.

(słownie:……………………….……………………………………………………..……)

1. prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

........................................, dnia....................r. ..............................................

miejscowość podpis Wnioskodawcy

***Uwaga:***

*W przypadku ujawnienia podania przez wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na postawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.*

Przez **przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy** należy rozumieć:

1. dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się;

***(Przykład: wniosek złożony w I kwartale 2023r. – przedłożyć dochód za IV kwartał 2022r.)***

1. w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2021r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2022r.), według wzoru: [(3.288 zł x liczba hektarów przelicz.):12 m-cy]:liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

***(Przykład: [(3.288 zł x 4 hektary):12 m-cy]:3 osoby = 365,33 zł na osobę w rodzinie na miesiąc ).***

**Gospodarstwo domowe wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

**a)** wspólne gospodarstwo– gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny,

lub

**b)** samodzielne gospodarstwo –gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu,

przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów, ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 119.1 ) – dalej RODO − informujemy, że będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Poddębicach z siedzibą w Poddębicach, ul. Łęczycka 28.

**I. Administrator danych osobowych**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Poddębicach z siedzibą: ul. Łęczycka 28, 99-200 Poddębice jest Administratorem Pana/Pani danych osobowych.

**II. Inspektor Ochrony Danych**

Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pan/Pani się skontaktować w sprawach ochrony Pana/Pani danych osobowych pod numerem telefonu: 660 909 886, e-mail: piotrmariusz.karcz@gmail.com lub pisemnie na adres siedziby, wskazany w pkt I.

**III. Cele i podstawy przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia dofinansowania w ramach pilotażowego programu ”AKTYWNY SAMORZĄD” na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w zw. z art. 6 ust. 1 lit. a), b), c) i art. 9 ust. 2 lit. b) RODO.

**IV. Prawo do sprzeciwu**

W każdej chwili przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pana/Pani danych opisanych powyżej. Administrator zaprzestanie przetwarzać Pana/Pani dane, chyba że będzie w stanie wykazać, iż przetwarzanie danych osobowych będzie w myśl Rozporządzenia niezbędne m. in. do:

1. wywiązania się z obowiązku prawnego,

2. wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi,

3. ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

**V. Okres przechowywania danych**

Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt III celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.

**VI. Odbiorcy danych**

Odbiorcami danych będą tylko podmioty uprawnione z mocy prawa (PFRON – w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu.

1. **Informacja o zamiarze przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej**

Administrator nie zamierza przekazywać Pana/Pani danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.

**VIII. Prawa osób, których dane dotyczą:**

Zgodnie z RODO, przysługuje Panu/Pani:  
a) prawo dostępu do swoich danych;  
b) prawo do sprostowania swoich danych;  
c) prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;  
d) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;  
e) prawo do przenoszenia danych;  
f) w przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody prze jej cofnięciem;

g) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.

**IX. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych**

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Poddębicach, przy czym podanie danych jest: a) obowiązkowe, jeśli tak zostało to określone w przepisach prawa;

b) dobrowolne, jeśli odbywa się na podstawie Pana/Pani zgody lub ma na celu zawarcie umowy. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości realizacji czynności urzędowych lub nie zawarcie umowy.

**X. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**

W oparciu o Pana/Pani dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pana/Pani zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z niniejszą klauzulą informacyjną.

…………………………………………………..................................

(data, czytelny podpis)

………………………………………….. ……………………………………...

Imię i nazwisko Wnioskodawcy Miejscowość i data

…………………………………………..

…………………………………………..

Adres zamieszkania

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Poddębicach **□ tak - □ nie**

…………………………………………….

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

1. **posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego**, wynoszącego **co najmniej 10%** ceny brutto zakupu/usługi w ramach wnioskowanego obszaru i zadania.

…………………………………………….

(czytelny podpis Wnioskodawcy)