**Załączniki C1**

 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.zaświadczenie lekarskie (specjalista),

 5.dwie niezależne oferty (od dwóch niezależnych sprzedawców/usługodawców), dotyczące wybranego przedmiotu dofinansowania,

 6.zlecenie na zaopatrzenie w wyrób medyczny-o ile dotyczy,

 7.oświadczenie o dochodach,

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

 9.wystawiony przez właściwą jednostkę dokument potwierdzający poszkodowanie Wnioskodawcy w 2022 lub 2023 roku w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych-o ile dotyczy,

10.ważna Karta Dużej Rodziny-o ile dotyczy,

11.klauzula informacyjna,

12.oświadczenie o posiadaniu środków na pokrycie wkładu własnego.

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

14.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:

1. skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW (System Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON),

2. 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 ……......................, dnia ……………...…

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (C1)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****):*

|  |  |
| --- | --- |
| Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego.  | Tak Nie  |
| **Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy**: (***prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź***) |
|  | Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg |  |
|  | Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg |  |
|  | Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk |  |
|  | Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki | pieczątka, **nr**  |
|  | Dysfunkcji obu rąk | i podpis lekarza |
|  | Dysfunkcji obu nóg |  |
|  | Inna dysfunkcja |  |
| **W przypadku Pacjenta**: (***prosimy o zaznaczenie właściwego pola*  *przy każdym stwierdzeniu***) |
| Tak Nie  | Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)  |  |
| Tak Nie  | Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn | pieczątka, **nr**  |
| Tak Nie  | Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka)  | i podpis lekarza |
| Tak Nie  | Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej |  |

1. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne,stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:

***(proszę zakreślić  właściwe pola*****)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **nie wymaga** zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem |
|  | **wymaga** zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym: |
|  | niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp. |
|  | urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.) |
|  | niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.) |
|  | specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków  |
|  | **kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe**  |
|  | zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)  |
|  | **specjalne pasy bezpieczeństwa (np.** dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe) |
|  | w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)  |
|  | **inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające** podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), **jakie**: |

# 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)