

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**

**DANE WNIOSKODAWCY  
ROLA WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego / niepoświadczonego notarialnie z dnia:</b>	

Do wniosku należy dołączyć skan pełnomocnictwa umieszczając go na liście załączników.

**DANE WNIOSKODAWCY  
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> 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 rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/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:	
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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<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
<i>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.</i>	

**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  
 .....

**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:	

### ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

Lp.	Treść oświadczenia
1	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> użytkuję koncentrator tlenu lub respirator w okresie, za który przysługuje dodatek.
3	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> informacje i dane zawarte w złożonych oświadczeniach i zaświadczeniach, bądź innych dokumentach stanowiących podstawę przyznania dodatku są zgodne ze stanem faktycznym.
4	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 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.

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

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

**Podstawa prawna przetwarzania**

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

***Okres, przez który dane będą przechowywane***

*Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.*

**Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe**

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

**Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

*Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.*

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy