

## Załączniki wymagane do wniosku Obszar B/Zadanie 2

Nazwa załącznika	
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego
2.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny (o ile dotyczy)
3.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej
4.	Klauzula informacyjna - <i>załącznik nr 1</i>
5.	Zaświadczenie lekarza okulisty potwierdzające dysfunkcję powodującą obniżenie ostrości wzroku (korekcji) w oku lepszym poniżej 0,1 (lub 0,1) i/lub zwężenie pola widzenia do 30, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku - <i>załącznik nr 2</i> <b>Dołączyć w przypadku, gdy orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu wzroku</b>
6.	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające wrodzony brak lub amputację kończyn górnych- co najmniej w obrębie przedramienia, a także dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikającą ze schorzeń o różnej etiologii – wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku - <i>załącznik nr 3</i>
7.	Zaświadczenie lekarza specjalisty (lub inny dokument) potwierdzające ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) – <i>załącznik nr 4</i> <b>Dołączyć w przypadku, gdy orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu słuchu</b>
8.	Wystawiony przez właściwą jednostkę dokument potwierdzający uszkodzenie osoby w 2021 lub 2022 roku w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych ( o ile dotyczy)
9.	W przypadku wnioskodawcy w wieku emerytalnym zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu
10.	Faktura pro-forma lub oferta cenowa

## KLAUZULA INFORMACYJNA (Aktywny samorząd)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzeniem 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 (Dz. Urz. UE L 119 ) informuję, iż

1. Administratorem Pani/Pana oraz dziecka danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieruszowie. Kontakt z Administratorem Danych Osobowych jest możliwy:
  - telefonicznie: 62 783 19 95
  - listownie: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieruszowie ul. Waryńskiego 15, 98-400 Wieruszów,
  - e-mail: [biuro@pcpr-wieruszow.org](mailto:biuro@pcpr-wieruszow.org)
2. W PCPR w Wieruszowie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych – Sławomir Mazur, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu: 727931623 lub adresem e-mail: [slawek6808@op.pl](mailto:slawek6808@op.pl)
3. Pani/Pana oraz dziecka dane osobowe są przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w zakresie przyznawania 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.c i art.9 ust.2 lit b RODO.
4. Odbiorcami danych będą tylko podmioty uprawnione z mocy prawa (PFRON – w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu).
5. PCPR w Wieruszowie nie przekazuje danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana oraz dziecka dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji w/w celów z uwzględnieniem przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana oraz dziecka danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych;
8. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO czyli zgody na przetwarzanie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.
9. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych w PCPR w Wieruszowie, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie przy ul. Stawski 2, 00-193 Warszawa.
10. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne. Odmowa podania danych będzie skutkować brakiem realizacji wniosku.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że:

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym

....., dnia .....

(miejscowość)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

.....

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

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

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że: **dysfunkcja obu kończyn górnych Pacjenta dotyczy:**

Wrodzonego braku lub amputacji obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia

Dysfunkcja charakteryzująca się **znacznie** obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu **znacznie** utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń etiologii (m.in. porażenia mózgowo, choroby neuromięśniowe)

....., dnia .....

(miejscowość)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się,  
że:

**U Pacjenta występuje ubytek słuchu powyżej 70 decybeli.**

TAK

NIE

....., dnia .....

miejsowość

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza