

Załączniki wymagane do wniosku Obszar B/ Zadanie 1,3,4

Nazwa załącznika	
1.	<p>Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia) – dotyczy obszar B/Zadanie 1</p> <p>Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia) – dotyczy obszar B/Zadanie 3</p> <p>Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia) – dotyczy obszar B/Zadanie 4</p>
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.	<p>Zaświadczenie lekarza okulisty potwierdzające że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku- <i>załącznik nr 2 - dotyczy obszaru B Zadanie 1 dotyczy wyłącznie osób z dysfunkcją narządu wzroku</i></p> <p>Dołączyć w przypadku, gdy orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu wzroku</p>
6.	<p>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- dotyczy wyłącznie osób z dysfunkcją obu kończyn górnych</i></p>
7.	<p>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 4- dotyczy Obszaru B Zadanie 3</i></p> <p>Dołączyć, w przypadku, gdy orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu wzroku</p>
8.	<p>Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, potwierdzające ubytek słuchu powyżej 70 decybeli, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku - <i>załącznik nr 5 - dotyczy Obszaru B Zadanie 4</i></p> <p>Dołączyć w przypadku, gdy orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu słuchu (03-L)</p>
9.	Wystawiony przez właściwą jednostkę dokument potwierdzający poszkodowanie osoby w 2021 lub 2022 roku w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych (o ile dotyczy)
10.	W przypadku wnioskodawcy w wieku emerytalnym zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu
11.	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
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
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.....

2. PESEL

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

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: *nie dotyczy*

w oku lewym do: stopni

w oku prawym do: stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *nie dotyczy*

w oku lewym wynosi:

w oku prawym wynosi:

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

....., 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:

<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)

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
miejscowość

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza