

**Załączniki wymagane do wniosku Obszar C/ Zadanie 1**

<b>Nazwa załącznika</b>	
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)
2.	Klauzula informacyjna - <i>załącznik nr 1</i>
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku i zawierające zgodę na użytkowanie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym - <i>załącznik nr 2</i>
4.	Wystawiony przez właściwą jednostkę dokument potwierdzający poszkodowane osoby w 2021 roku lub 2022 roku w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych (o ile dotyczy )
5.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny
6.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej
7.	W przypadku Wnioskodawcy w wieku emerytalnym zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu
8.	Dwie niezależne oferty cenowe lub faktury pro-forma

## 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

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C1)

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego.	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
<b>Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (<b>prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź</b>)</b>		
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja	
<b>W przypadku Pacjenta: (<b>prosimy o zaznaczenie właściwego pola <input type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu</b>)</b>		
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	pieczętka, nr i podpis lekarza

Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	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)	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

**(proszę zakreślić właściwe pola )**

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