

### Załączniki wymagane do wniosku Obszar C/Zadanie 3

Nazwa załącznika	
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego
2.	Klauzula informacyjna - <i>załącznik nr 1</i>
3.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym– w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny
4.	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku - <b>załącznik nr 2 - dotyczy Obszaru C Zadanie 3</b>
5.	<i>Propozycja (oferta) specyfikacja i kosztorys do protezy szt.2 - załącznik nr 3</i>
6.	Wystawiony przez właściwą jednostkę dokument potwierdzający poszkodowanie osoby w 2021 lub 2022 roku w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych (o ile dotyczy)
7.	Dwie niezależne oferty cenowe lub faktury pro-forma
8.	W przypadku wnioskodawcy w wieku emerytalnym zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu

## 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 .....

2. PESEL

3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole**  
 **oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętą, nr i podpis lekarza

**Przyczyna amputacji kończyny:**  uraz  inna, jaka:

.....  
 .....

**Aktualny stan procesu chorobowego:**  stabilny  niestabilny

**Ocena zdolności do pracy** w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną  
nowoczesne rozwiązania techniczne:

.....  
 .....

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

(miejscowość )

.....

pieczętą, nr\_ i podpis lekarza

## Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorysu do protezy dla Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem,  
<https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/programy-i-zadania-pfron/programy-i-zadania-real/aktywny-samorzad/formularze/>

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....

Poziom amputacji: .....

Ewentualne nieprawidłowości kikuta: .....

### Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych fabrycznie

L. p	Nazwa elementu	Producent i symbol elementu	Nazwa handlowa (jeśli jest)	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
<b>Suma (w zł)</b>						

### Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla wnioskodawcy

L. p	Nazwa elementu	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
<b>Suma (w zł)</b>				

--

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)