Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

| Wniosek złożono w dniu: | Nr sprawy: Rs. 740.2. …….. 20….. |
|---|---|

aktywny samorząd

Wypełnia *Realizator programu*

*program finansowany ze środków PFRON*

# WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu
## o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać ”nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

*(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola □ )*

| □ **Moduł I** | | □ **Moduł II**<br>pomoc w uzyskaniu wyszkształcenia na poziomie wyższym |
|---|---|---|
| □ **Obszar A- Zadanie : □ nr 1 □ nr 4** | □ **Obszar A – Zadanie : □ nr 2 □ nr 3** | |
| Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu | pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B | |
| □ **Obszar B – Zadanie : □ nr 1 □ nr 3 □ nr 4** | □ **Obszar B – Zadanie : □ nr 2** | |
| pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania | dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania | |
| □ **Obszar B – Zadanie : □ nr 5** | □ **Obszar C – Zadanie : □ nr 1** | |
| Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego | pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | |
| □ **Obszar C – Zadanie : □ nr 2** | □ **Obszar C – Zadanie : □ nr 3** | |
| pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera,wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | |
| □ **Obszar C – Zadanie : □ nr 4** | □ **Obszar C – Zadanie : □ nr 5** | |
| pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | Pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego | |
| □ **Obszar D** – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej | | |

## 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

### DANE PERSONALNE

**Imię**……**Nazwisko**……Data urodzenia ……r.

**Dowód osobisty** seria ...……...……... numer …….. wydany w dniu …….. …..r.

Przez ……...……..……. **Płeć**: □ kobieta □ mężczyzna

**PESEL** | | | | | | | | | | | |  Stan cywilny: □ wolna/y □ zamężna / żonaty

**Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy**: □ samodzielne (osoba samotna) □ wspólne

| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)** - pobyt stały | **ADRES ZAMELDOWANIA**<br>(**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**) |
|---|---|
| Kod pocztowy …… poczta …….. | Kod pocztowy …….. poczta …….. |
| Miejscowość …….. | Miejscowość …….. |
| Ulica …… | Ulica …….. |
| Nr domu …….. nr lok……Powiat …….. | Nr domu …….. nr lok……Powiat …… |
| Województwo …… | Województwo …… |
| □ miasto do 5 tys. Mieszkańców □ inne miasto □ wieś | □ miasto do 5 tys. Mieszkańców □ inne miasto □ wieś |
| Adres korespondencyjny (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**): | **Kontakt telefoniczny**: nr kier……...nr telefonu …….<br>nr tel. Komórkowego:……..<br>e’mail (*o ile dotyczy)*:…… |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | □ firma handlowa □ media □ **Realizator programu**<br>□ PFRON □ inne, jakie: |

**Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: *www.pfron.org.pl* oraz** ……

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| | | |
|---|---|---|
| □ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | □ znaczny stopień | □ I grupa inwalidzka |
| □ całkowita niezdolność do pracy | □ umiarkowany stopień | □ II grupa inwalidzka |
| □ częściowa niezdolność do pracy | □ lekki stopień | □ III grupa inwalidzka |

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: □ okresowo do dnia: ..... □ bezterminowo

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

□ **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie: □ **obu** kończyn górnych □ **jednej** kończyny górnej

□ **obu** kończyn dolnych □ **jednej** kończyny dolnej □ innym

**Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:** ☐

**Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:** ☐

**Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:** ☐

| | | |
|---|---|---|
| □ **NARZĄD WZROKU 04-O**<br>□ **osoba niewidoma**<br>□ **osoba głuchoniewidoma** | **Lewe oko:**<br>Ostrość wzoru (w korekcji):.....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni | **Prawe oko:**<br>Ostrość wzoru (w korekcji):.....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni |

□ **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol* ):

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| □ 01-**U** upośledzenie umysłowe | □ 03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br>□ **OSOBA GŁUCHA** | □ 07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia | □ 09-**M** choroby układu moczowo - płciowego | □ 11-**I** inne |
| □ 02-**P** choroby psychiczne | □ 06-**E** epilepsja | □ 08-**T** choroby układu pokarmowego | □ 10-**N** choroby neurologiczne | □ 12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe |

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

□ **niezatrudniona/y: od dnia:**..... □ **bezrobotna/y** □ **poszukująca/y pracy** □ **nie dotyczy**

□ **zatrudniona/y: od dnia:**..... **do dnia:** .....……...

□ **na czas nieokreślony** □ **inny, jaki:** .....

□ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

□ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

□ umowa cywilnoprawna

□ staż zawodowy

**Nazwa pracodawcy**: .....……...

**Adres miejsca pracy**: .....……...

……

**Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia :**

……

□ **działalność gospodarcza**

**Nr NIP:** .....…

□ **działalność rolnicza**

□ **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr**....., **dokonanego w urzędzie:**

……

□ **inna, jaka i na jakiej podstawie:**

.....……

□ **Miejsce prowadzenia działalności :**

.....……...

| ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE | | |
|---|---|---|
| □ podstawowe | □ gimnazjalne | □ zawodowe |
| □ średnie ogólne | □ średnie zawodowe | □ policealne |
| □ wyższe | □ inne, jakie: | |
| **OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I** | | |
| □ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | □ LICEUM | □ TECHNIKUM |
| □ SZKOŁA POLICEALNA | □ KOLEGIUM | □ INNA, jaka: |
| □ STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) | □ STUDIA PODYPLOMOWE | □ STUDIA DOKTORANCKIE |
| □ STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE | | □ **nie dotyczy** |

**NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA**

**Nazwa szkoły** ..... **klasa/rok** ..... **Kod pocztowy** .....

**Miejscowość** ..... **ulica** ..... **Nr domu** .....

**Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:** .....

## *2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON*

| **Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?** | tak ☐ nie ☐ |
|---|---|

| **Cel** (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc) | **Przedmiot dofinansowania** (co zostało zakupione ze środków PFRON) | **Beneficjent** (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana (w zł) | Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | | | | **Razem uzyskane dofinansowanie**: | | |

**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

## 3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – dot. tylko Modułu I

*UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o* ***wyczerpujące*** *informacje I dpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy* ***udokumentować*** *(np.* ***fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby****) w ormie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1)* ***istotne przesłanki*** *wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.*

| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
|---|---|
| 1) Uzasadnienie wniosku<br><br>(w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego) | .....<br>.....<br>.....<br>..... |
| 2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności. | ☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie<br>☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności |
| 3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)? | ☐ - tak ☐ - nie |
| 4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? | ☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐- nie |
| 5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)? | ☐ - nie ☐- nie dotyczy ☐ - tak (proszę opisać):<br>.....<br>.....<br>..... |
| 6) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter?<br>(*dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu*) | **Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek imwalidzki o napędzie elektrycznym typu skuter, merytoryczna ocena zostamie obniżona o 20 pkt.**<br>☐ - tak ☐ - nie |
| 7) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.<br>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji. | ☐ - tak ☐ - nie<br>.....<br>..... |

## *4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/ Obszar C/ Zadanie nr 1*



| **Specyfikacja zakupu WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM** |
|---|
| **Model (nazwa) wózka:** |
| **Dodatkowe wyposażenie wózka:** |

## *5. Wnioskowana kwota dofinansowania*

| Rodzaj przedmiotu dofinansowania | Orientacyjna cena brutto (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|---|---|---|
| **Wózek** | | |
| **Dodatkowe wyposażenie** | | |
| **ŁĄCZNIE** | | |

## *6. Informacje uzupełniające*

POSIADANY I WYKORZYSTYWANY SPRZĘT REHABILITACYJNY I ORTOPEDYCZNY: .....

.....

BUDYNEK, W KTÓRYM MIESZKA WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* JEST DOSTĘPNY DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH PORUSZAJĄCYCH SIĘ NA WÓZKU INWALIDZKIM

(istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem): ☐ **TAK** ☐ **NIE**

JEŚLI NIE, JAKIE WYSTĘPUJĄ BARIERY: .....

.....

☐ NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM

☐ POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY WÓZEK: MODEL ..... ROK NABYCIA: .....

CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM: ☐ NIE ☐ TAK w ..... roku w ramach .....

..... a także w ..... roku w ramach .....

** - należy zaznaczyć właściwe*

**Oświadczam, że:**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu ..... □ tak - □ n ie
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępnypod adresem: www.pfron.org.pl, a także:.....,
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: □ tak - □ nie,
5. p*osiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej** 10% ceny brutto),*
6. *przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,*
7. *przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,*
8. *w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON I rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: □ tak - □ nie*

9. ***przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.***

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

…….dnia …….../ ……../ 20 …. r. …….

**podpis wnioskodawcy**

***7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8-12)***

| | **Nazwa załącznika** | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU** *(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) | ☐ | ☐ | |
| | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych. | ☐ | ☐ | |
| | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do wniosku)* | ☐ | ☐ | |
| | Z uwagi na obowiązek stosowania od dnia 25 maja 2018 r. Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) zapoznanie się z oświadczeniem RODO | ☐ | ☐ | |
| | Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej | ☐ | ☐ | |
| | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny | ☐ | ☐ | |
| | Inne załączniki (należy wymienić): | ☐ | ☐ | |
| | | ☐ | ☐ | |
| | | ☐ | ☐ | |
| | | ☐ | ☐ | |
| | | ☐ | ☐ | |
| | | ☐ | ☐ | |

***CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU*** 

## Deklaracja bezstronności

**Oświadczam, że:**

1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie I bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacj, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

| Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy) | Data, pieczątki i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania) |
|---|---|---|---|
| | | | |

## WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*): | **UWAGI** |
|---|---|---|---|
| 1 | Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania | □ - tak □ - nie | |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku | □ - tak □ - nie | |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie | □ - tak □ - nie | |
| 4 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego) | □ - tak □ - nie | |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy) | □ - tak □ - nie | |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) | □ - tak □ - nie | |
| 7 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy | □ - tak □ - nie | |

| | |
|---|---|
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | ...../ ...../ 20.... r. |
| **Weryfikacja formalna wniosku:** | ☐ **pozytywna** ☐ **negatywna** |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie<br>w zakresie pkt: ..... | □ - tak □ - nie |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia | □ - tak □ - nie |

| ***pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*** | ***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*** |
|---|---|
| *data, podpis:* | *data, podpis:* |

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ...../ ...../ 20.... r.**

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../ ...../ 20.... r.** (o ile dotyczy)

| **Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie** | |
|---|---|

## KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: ..... – dotyczy Modułu I

| | KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała | | Liczba punktów | Maksymalna liczba punktów | Punktacja nr 1 wniosku | Punktacja nr 2 wniosku |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:** | | | | | |
| a) | stopień niepełnosprawności *(jeden stopień do wyboru)* | znaczny (I grupa inwalidzka) | 10 | **30** | | |
| | | umiarkowany (II grupa inwalidzka) | 5 | | | |
| b) | osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome | | 10 | | | |
| | osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące | | 5 | | | |
| c) | osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome | | 5 | | | |
| d) | występuje niepełnosprawność **sprzężona** (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c | | 5 | | | |
| **2** | **Aktywność zawodowa:** | | | | | |
| a) | osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy | | **15** | **25** | | |
| b) | osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia) | | 10 | | | |
| **3** | **Aktualnie realizowany etap kształcenia:** | | | | | |
| a) | osoby kontynuujące studia (podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski) | | **70** | **70** | | |
| b) | osoby kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie) | | 65 | | | |
| c) | osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę) | | 60 | | | |
| d) | osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej | | **55** | | | |
| **4** | **Miejsce zamieszkania:** | | | | | |
| a) | wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców | | 5 | **10** | | |
| b) | **dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 i 2** – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem) | | 5 | | | |
| **5** | **Inne kryteria:** | | | | | |
| a) | Wnioskodawca **nie otrzymał dotąd** dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem | | 5 | **45** | | |
| d) | dodatkowe osoby **niepełnosprawne** w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy ***(jeden przypadek do wyboru)*** | – w przypadku jednej osoby | 5 | | | |
| | | – w przypadku więcej niż jedna osoba | 10 | | | |
| e) | **szczególne utrudnienia Wnioskodawcy** (pkt 3.7 wniosku) | | 5 | | | |
| f) | **Uzasadnienie** wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia | | **20** | | | |
| g) | **dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1** - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek **typu *skuter*** | | - 20 | | | |
| h) | wniosek był **kompletny** w dniu przyjęcia | | 5 | | | |
| | **RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)** | | **maksymalnie 180** | | ..... | ..... |

**Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: .....**

**Data przekazania wniosku do opinii eksperta ...../ ...../ 20..... r. (*o ile dotyczy*)**

## OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

| | Liczba punktów ogółem | Proponowana kwota dofinansowania *(w złotych)* | **Opinia eksperta** (o ile dotyczy) **wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń** |
|---|---|---|---|
| **Pieczątka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku** | ..... | ..... | **pozytywna**: ☐ **negativna**: ☐<br>**data i czytelny podpis eksperta** |

**Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:** ...../...../20... r.

# DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

**pozytywna**: ☐ w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

**negatywna**: ☐ w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

## Deklaracja bezstronności

**Oświadczam, że:**

1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

## PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

| | | |
|---|---|---|
| □ Moduł I Obszar A – Zadanie : □ nr 1 □ nr 4 | □ Moduł I Obszar A – Zadanie: □ nr 2 □ nr 3 | □ Moduł I Obszar B – Zadanie: □ nr 1 □ nr 3 □ nr 4 |
| ..... zł | ..... zł | ..... zł |
| □ Moduł I Obszar B – Zadanie: □ nr 2 | ☐ Moduł I Obszar B – Zadanie: □ nr 5 | ☐ Moduł I Obszar C – Zadanie:□ nr 1 |
| ..... zł | ..... zł | ..... zł |
| | | |
| | | |
| ☐ Moduł I Obszar C– Zadanie : □ nr 2 | ☐ Moduł I Obszar C – Zadanie : □ nr 3 | □ Moduł I Obszar C – Zadanie: □ nr 4 |
| ..... zł | ..... zł | ..... zł |
| □ Moduł I Obszar C – Zadanie: □ nr 5 | □ Moduł I Obszar D | |
| ..... zł | ..... zł | |

**W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2**

| | |
|---|---|
| Koszty kursu i egzaminów: | Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy: |
| ..... zł | ..... zł |

**W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4**

| | |
|---|---|
| Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON: | Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości: |
| ..... zł | ..... zł |

**W przypadku wniosku w ramach Modułu II**

| | |
|---|---|
| Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich: | Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia: |
| ..... zł | ..... zł |

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**:

.....20..... r. .....

data podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

***pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę***

*data, podpis:*

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

*data, podpis:*

Załącznik nr 1 do formularza wnisku w ramach pilotażowego programu ,,Aktywny samorząd”

# OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **przeciętny miesięczny dochód** należy rozumieć dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych. Wnioskodawca, który prowadzi **samodzielne gospodarstwo domowe** ( jednoosobowe) I posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje sie samodzielnie i może udokumentować,że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.
Przez pojęcie ***wspólne gospodarstwo domowe*** – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się I mających wspólny budżet domowy.
**UWAGA !**
**W przypadku osób samodzielnie gospodarujących , w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.**

Ja niżej podpisany (a) ……. zamieszkały (a)
( imię i nazwiso Wnioskodawcy)

…….
( miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

| | | **Średni miesięczny dochód netto** |
|---|---|---|
| 1. | **Wnioskodawca:** …….. | |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – **poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:** | | x |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| 7. | | |
| 8. | | |
| | **RAZEM** | |

**Oświadczam, także że:**

1) przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi ……zł

( słownie złotych: ……)

( należy wyliczyć zgodnie z **przypisem nr 2**)

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnorecznym podpisem.

…….,dnia ……...r. ……
**miejscowość** **podpis Wnioskodawcy**

**UWAGA!**

1. Wnioskodawca na żądanie PCPR zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodartwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych ( zgonie z załącznikiem nr 2 do formularza wniosku - oświadczenie RODO)
2. **W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez PCPR.**
3. Jeżeli wykazany przeciętny miesięczny dochód na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej. PCPR ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej.

*Załącznik nr 2a do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd" –*
***Moduł I Obszar B Zadanie nr 1, Obszar C Zadanie nr 1***

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

**....., dnia**

# 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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta
(opis): .....
.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....
.....

5. ***Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej*** *stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy*
***(proszę zakreślić właściwe pole □ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):***

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr** i podpis lekarza |
| ☐ | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr** i podpis lekarza |
| ☐ | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych | pieczątka, **nr** i podpis lekarza |
| ☐ | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | pieczątka, **nr** i podpis lekarza |
| ☐ | Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:..... | pieczątka, **nr** i podpis lekarza |
| ☐ | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:..... | pieczątka, **nr** i podpis lekarza |
| ☐ | Inne schorzenia:..... | pieczątka, **nr** i podpis lekarza |

***6. Ponadto (pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach obszaru C programu) - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:***

| | |
|---|---|
| ***proszę zakreślić właściwe pola***<br>1. Pacjent **może** poruszać się na wózku inwalidzkim o napędzie **ręcznym**:<br>☐ **tak** ☐ **nie**<br>2. Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest **niewskazane**, gdyż może spowodować wstrzymanie lub pogorszenie procesu rehabilitacji lub wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn górnych:<br>☐ **tak** ☐ **nie**<br>***3. Przeciwwskazania*** *do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności,epilepsja):*<br>……<br>……<br>……...<br>☐ ***brak przeciwskazań*** | pieczątka, **nr** i podpis lekarza |

## Dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie kwoty dofinansowania na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:

***(proszę zakreślić właściwe pola*** ☐

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

……, dnia …… ……

*( miejscowość )* *( data )* *pieczątka, nr i podpis lekarza*

Załącznik nr 3 do formularza wnisku w ramach pilotażowego programu ,,Aktywny samorząd”

## Oświadczam, że:

przyjmuję do wiadomości informację, iż z uwagi na obowiązek stosowania od dnia 25 maja 2018 r. Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) (dalej: Rozporządzenie RODO), aktualne będą poniższe zasady związane z przetwarzaniem udostępnionych przeze mnie moich danych osobowych:

**I.** Administratorem danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Malborku**
**II.** Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy za pomocą poczty elektronicznej pod adresem – iod@mainsoft.pl,

**III.** W/w administrator danych osobowych, zgodnie z art. 6 Rozporządzenia RODO przetwarza dane osobowe w przypadku, gdy spełniony jest co najmniej jeden z poniższych warunków:

osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów;
przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej;
przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;
przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą, jest dzieckiem.

**IV.** Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zapisów ustaw:

ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie
ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej
ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych
ustawy z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

**V**. W związku z przetwarzaniem udostępnionych przez Pana/Panią danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
prawo dostępu do swoich danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia RODO;
prawo do sprostowania swoich danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia RODO;
prawo do usunięcia swoich danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia RODO;
prawo do ograniczenia przetwarzania swoich danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia RODO;
prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych na podstawie art. 21 Rozporządzenia RODO;
prawo do przenoszenia swoich danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia RODO.

**VI.** Dane osobowe mogą być przekazywane:

- upoważnionym z mocy prawa podmiotom;
- dostawcom systemów IT, z którymi współpracuje Administrator, w celu utrzymania ciągłości oraz poprawności działania systemów;
- podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską, w celu dostarczenia korespondencji;
- podmiotom z którymi współpracuje Administrator w zakresie obsługi interesantów (m.in.: tłumacz przysięgły).

**VII**. W przypadkach, w których przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia RODO, tj. zgody na przetwarzanie danych osobowych przysługuje Pani/ Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie.

**VIII.** W przypadku uznania, że przetwarzanie przez w/w administratora Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Urzędu Ochrony Danych Osobowych

……
**data i podpis Wnioskodawcy**