

**Program finansowany ze środków PFRON**

**NR SPRAWY:** PCPR.DORS.4820. ....

**Podpis Pracownika:** .....

**WNIOSEK „P” - Moduł I, Obszar B, Zadanie 2**

*wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu*

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania

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.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcprcieszyn.ox.pl](http://www.pcprcieszyn.ox.pl) w zakładce: **Dział Organizacyjny i Rehabilitacji Społecznej**.

**1 Dane personalne Wnioskodawcy - należy wypełnić wszystkie pola**

**Imię i nazwisko:** .....

**PESEL** (w przypadku braku nr PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość): .....

**Adres** (miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, poczta):

.....  
.....

**Płeć:**  kobieta  mężczyzna **Stan cywilny:**  wolna/y  zamężna/żonaty

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

**ADRESEM ZAMIESZKANIA**, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

Telefon: ..... E-mail: .....

**Stan prawny dotyczący 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:**

- 01-U - Upośledzenie umysłowe
- 02-P choroby psychiczne
- 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- 04-O choroby narządu wzroku
- 05-R choroby narządu ruchu
- 06-E epilepsja
- 07-S choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T choroby układu pokarmowego
- 09-M choroby układu moczowo – pęciowego
- 10-N choroby neurologiczne
- 11-I inne
- 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

**Aktywność zawodowa osoby niepełnosprawnej:**

- rejestracja w PUP – (od kiedy?) .....
- działalność gospodarcza - Nr NIP: .....
- działalność rolnicza,
- zatrudniony:  
Nazwa firmy, adres: .....
- nie dotyczy

**Obecnie wnioskodawca pobiera naukę (proszę zaznaczyć właściwe):**

- szkoła policealna
- kolegium
- studia pierwszego stopnia
- studia drugiego stopnia
- jednolite magisterskie
- studia podyplomowe
- studia doktoranckie
- staż zawodowy w ramach programów UE
- nie dotyczy

**2 Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:**

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 5 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie?

- tak
- nie

Zadanie ustawowe lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc	Kwota przyznana	Rok rozliczenia
Razem kwota przyznana		

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\*: .....

\* Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął.

Uwaga! W ramach programu „MODUŁ II” nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON

### 3 Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie, wraz z orientacyjną ceną brutto (kwota w zł):

.....  
.....  
.....  
.....

**Orientacyjna cena brutto:**

---

**Wnioskowana kwota dofinansowania:**

---

**Dane rachunku bankowego Wnioskodawcy, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku:**

Imię i nazwisko właściciela rachunku: .....

numer rachunku bankowego .....

nazwa banku .....

### 4 Informacje uzupełniające:

**Informacje podstawowe:**

Ukończone przez Wnioskodawcę kursy komputerowe: .....

.....

**Informacje dodatkowe:**

**Czy Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc w dofinansowaniu szkoleń dotyczących obsługi nabytego ze środków PFRON sprzętu i/lub oprogramowania:**

NIE  TAK w ..... roku w ramach .....

a także w ..... roku w ramach .....

## POJĘCIA:

**DYSFUNKCJA NARZĄDU WZROKU (W PRZYPADKU OBSZARU B)** – należy przez to rozumieć dysfunkcję wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, a także w przypadku:

- a) gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, ale wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę 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,
  - b) osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia – gdy wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,
- przy czym osoby niepełnosprawne posiadające dysfunkcje narządu wzroku wymienione w lit. a i lit. b, są traktowane jak osoby niewidome;

**DYSFUNKCJA OBU KOŃCZYN GÓRNYCH (w przypadku Obszaru B)** – należy przez to rozumieć stan potwierdzony zaświadczeniem lekarskim: wrodzony brak lub amputację obu 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, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe);

**DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU (w przypadku B)** – należy przez to rozumieć dysfunkcję narządu słuchu stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,

a w przypadku, gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu – ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db), stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu wydanym przez lekarza specjalistę;

## 5 Informacje

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Cieszynie (43-400) przy ulicy Bobreckiej 29, reprezentowane przez Dyrektora (nr tel.: 33 47 77 117 adres e-mail: [sekretariat@pcpr.cieszyn.pl](mailto:sekretariat@pcpr.cieszyn.pl)) oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie (00-828), przy ul. Jana Pawła II 13.
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu 518-442-215 w godzinach pracy urzędu, tj. od 7.30 – 15.30 lub adresem e-mail: [inspektor@pcpr.cieszyn.pl](mailto:inspektor@pcpr.cieszyn.pl).
3. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie **przetwarza dane osobowe w celu** prowadzenia dokumentacji wynikających z przepisów prawa dotyczących realizacji pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, oraz archiwizacji dokumentów.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt 3, **dane osobowe będą udostępniane PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych**. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

5. **Podane dane osobowe są przetwarzane** na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.

6. **W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie, danych osobowych, przysługuje prawo do:**

- dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązany jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie,
- sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
- ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO.

7. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie danych osobowych narusza przepisy RODO, **przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.**

8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach prawa, a ich nie podanie skutkować będzie negatywnym rozpatrzeniem sprawy.

*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 .....

Miejscowość, data

.....

Podpis Wnioskodawcy

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

.....  
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

**w przypadku, gdy podstawą wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu ruchu (05-R)**

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 pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od: .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych wynikających ze schorzenia o różnej etiologii: <input type="checkbox"/> choroby neuromięśniowe, <input type="checkbox"/> porażenie mózgowe, <input type="checkbox"/> inne	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia: .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

Miejscowość, data

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

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

.....  
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*

**w przypadku, gdy podstawą wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu wzroku (04-0)**

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

### 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 prawym do: ..... stopni

w oku lewym do: ..... stopni

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

w oku prawym wynosi: .....

w oku lewym wynosi: .....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak       nie

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

Miejscowość, data

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

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

.....  
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

**w przypadku, gdy podstawą wydania orzeczenia nie jest dysfunkcja narządu słuchu (03-L)**

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

**1. Imię i nazwisko Pacjenta**

.....

**2. PESEL** .....

**3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że dysfunkcja słuchu**

Pacjenta dotyczy:

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	

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

Miejscowość, data

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza



## 6 Załączniki do wniosku

TAK	NIE	Załączniki Obowiązkowe:
		<b>Załącznik nr 1 - Oświadczenia do wniosku – Sporządzone wg wzoru</b>
		<b>Załącznik nr 2 - Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)</b>
		<b>Załącznik nr 3 - Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)</b>
		<b>Załącznik nr 4 - Oferta handlowa szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania</b>
		<b>Załącznik nr 5 - Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego we wniosku) - <u>tylko w przypadkach, gdy:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- podstawą wydania orzeczenia <u>nie jest</u> dysfunkcja narządu ruchu</li> <li>- podstawą wydania orzeczenia <u>nie jest</u> dysfunkcja narządu ruchu wzroku</li> <li>- podstawą wydania orzeczenia <u>nie jest</u> dysfunkcja słuchu</li> </ul>
<b>Inne o ile dotyczy:</b>		
		<b>Kserokopia aktu urodzenia dziecka w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej,</b>
		<b>Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny</b>
		<b>Zaświadczenie ze szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia (dot. osób uczących się lub studiujących),</b>
		<b>Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie osoby (w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracę)</b>
		<b>Zaświadczenie o zatrudnieniu - w przypadku osób zatrudnionych,</b>
		<b>Zaświadczenie potwierdzające działalność społeczną - w przypadku osób działających na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych</b>
<b>W przypadku występowania przez pełnomocnika:</b>		
		<b>Kopia pełnomocnictwa notarialnego - w przypadku osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik;</b>
		<b>Oświadczenie Pełnomocnika, iż nie jest i w ciągu trzech ostatnich lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm/y oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, itp.</b>

.....  
data, pieczęć i podpis pracownika