

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Raciborzu, tj. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego): **tak, tylko za pośrednictwem PCPR Racibórz** **nie**,
- Oświadczam, że OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA **otrzymała** **nie otrzymała** – w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na cel objęty ewentualną umową dofinansowania (rozdział VIII ust. 3 Zasad dotyczących wyboru (...))
- Oświadczam, że OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA **otrzymała** **nie otrzymała** – w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków NFZ na cel objęty ewentualną umową dofinansowania (rozdział VIII ust. 3 Zasad dotyczących wyboru (...)).
W przypadku uzyskania dofinansowania ze środków PFRON, w ramach pilotażowego programu „aktywny samorząd” o środki finansowe stanowiące udział własny osoba niepełnosprawna będzie się ubiegała z innych źródeł (środki nie mogą pochodzić z PFRON): **NIE** **TAK, JAKICH**.....
- 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,
- wszelkie zmiany, dotyczące danych zawartych we wniosku zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, obowiązującymi w 2020 roku, tj. w szczególności:
 - programem (w treści obowiązującej na dzień złożenia wniosku),
 - zasadami dotyczącymi wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach Modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”,
 - **kierunkami działań oraz warunkami brzegowymi obowiązującymi realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2020 roku – (załącznik do uchwały nr 3/2020 Zarządu PFRON z dnia 7 stycznia 2020 roku)**, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem/przyjęłam do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr.raciborz.org.pl.
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) **na zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne**: **tak** – **nie**,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto)**,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON.
- 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,
- 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 (korespondencja papierowa-tradycyjna). W przypadku korespondencji elektronicznej, za datę skutecznego doręczenia uznaję się datę umieszczenia korespondencji w SOW (System Obsługi Wsparcia),
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie**: **tak** – **nie**,
- Oświadczam, że OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA jest mieszkańcem placówki zapewniającej całodobową opiekę: **tak** – **nie**,
- przyjmuję do wiadomości, że wniosek o dofinansowanie złożony w formie papierowej musi być ujęty w SOW (System Obsługi Wsparcia).

KLAUZULA INFORMACYJNA do przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i ust. 2 rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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, RODO) informujemy, że:

- Administratorem danych osobowych, (w tym również przetwarzanych w systemie SOW) są:
 - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Klasztorna 6, 47-400 Racibórz, adres poczty elektronicznej: pcpr@pcpr.raciborz.org.pl, lub telefonicznie 32 415 20 28 oraz
 - Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, adres poczty elektronicznej: oid@pfron.org.pl, lub telefonicznie 22 50 55 161.
- Dane kontaktowe Inspektora Danych:

**Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”- MODUŁ I Obszar C
Zadanie 4**

Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych.

- PCPR: e-mail oid@pcpr.raciborz.org.pl lub listownie na adres PCPR, ul. Klasztorna 6, 47-400 Racibórz,
 - PFRON: oid@pfron.org.pl lub listownie na adres PFRON, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.
3. Cel przetwarzania danych osobowych:
- dane będą przetwarzane w celu rozpoznania przez PCPR złożonego wniosku oraz przyznania dofinansowania i jego rozliczenia w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, w tym Obszar C – likwidacja barier w poruszaniu się, Zadanie 4 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, (co najmniej na III poziomie jakości), adresowana do osób ze stopniem niepełnosprawności. Z dokumentami programowymi (program, zasady, kierunki) można zapoznać się na stronie pcpr.raciborz.org.pl (zakładka pomoc osobom niepełnosprawnym, wsparcie osób niepełnosprawnych ze środków PFRON „Aktywny samorząd”) lub na stronie pfron.org.pl (zakładka o Funduszu, programy i zadania PFRON, programy realizowane obecnie, Aktywny samorząd).
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest:
- art. 6 ust. 1 lit. b) RODO tj. 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,
 - art. 6 ust.1 lit. c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz w stosunku do danych szczególnej kategorii art. 9 ust. 2 lit. b tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez Administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej - w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
 - PFRON będą przetwarzane w celu zarządzania Systemem SOW oraz realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym, w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO, jako że jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
5. Złożenie wniosku (w formie papierowej lub w systemie SOW) jest dobrowolne. Podanie wymaganego zakresu danych osobowych w celu podjęcia stosownych działań przez PCPR i PFRON jest niezbędne, ich niepodanie uniemożliwi realizację wniosku (ewentualnego dofinansowania i zawarcia umowy). Wnioski złożone w formie papierowej (o ile dotyczy) zostaną umieszczone w systemie obsługi wsparcia SOW.
6. Dane zostały zebrane od osoby składającej wniosek.
7. Dane osobowe przechowywane są przez okres niezbędny do zrealizowania celów określonych powyżej. Następnie dokumentacja jest archiwizowana zgodnie z instrukcją kancelaryjną obowiązującą w PCPR w Raciborzu (jednolitym rzeczowym wykazem akt) oraz ustawą z 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Aktualnie 50 lat.
8. Dane mogą być udostępniane jedynie podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy obowiązujących przepisów prawa (np. Sąd, Policja).
9. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt. 3, odbiorcami danych osobowych mogą być:
- inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PFRON przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest PFRON.
 - inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PCPR przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest PCPR (w tym: obsługa prawna, ochrona danych osobowych, obsługa informatyczna, brakowanie dokumentów),
 - dostawca lub podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW.
10. Dane osobowe nie są przekazywane do państw trzecich (poza europejski obszar gospodarczy) ani do organizacji międzynarodowych.
11. W oparciu o podane dane osobowe Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.
12. Osobie, której dane dotyczą, przysługują prawa na zasadzie i w zakresie określonych w RODO: dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, uzupełniania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo przenoszenia danych/ otrzymywania ich kopii. Z uprawnień tych może Pani/Pan skorzystać w szczególności:
- w odniesieniu do dostępu do treści swoich danych, uzyskania ich kopii – w każdym momencie,
 - w odniesieniu do żądania sprostowania, uzupełnienia danych - gdy zauważy Pani/Pan, że dane są nieprawidłowe lub niekompletne,
 - w odniesieniu do żądania usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania: np. gdy Pani/Pana dane są nieprawidłowe, gdy są przetwarzane niezgodnie z prawem; lub dane powinny być usunięte;
 - w odniesieniu do żądania przeniesienia danych, gdy przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie umowy, oraz odbywa się w sposób zautomatyzowany;
13. Niezależnie od praw wymienionych powyżej przysługuje Pani/ Panu również prawo wniesienia skargi w związku z przetwarzaniem przez nas danych osobowych do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) - gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzamy dane osobowe niezgodnie z prawem.
- Oświadczam, że została/em poinformowana/y i przyjmuje powyższe do wiadomości,
 - Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że informacja nt. danych osobowych (PFRON,PCPR) znajduje się w regulaminie korzystania z Systemu SOW,
 - Oświadczam, że zapoznałam/em z klauzulą informacyjną osoby, których dane umieściłam/em we wniosku i znajdują się w załącznikach.

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.

....., dnia /..... /20..... r.	
miejsowość	podpis Wnioskodawcy

Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie (Kopia: skan lub zdjęcie – wniosek złożony w SOW)/kserokopia (wniosek złożony papierowo) – oryginał do wglądu w przypadku wątpliwości Realizatora Programu co do treści skanu, zdjęcia lub kserokopii ww. dokumentu

Oświadczenie pełnomocnika:

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am 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 jestem i nie byłem/am w żaden inny sposób powiązany/a z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

....., dnia /..... /20..... r.	
miejsowość	podpis Pełnomocnika