

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 (...))
- W okresie ostatnich trzech lat osoba niepełnosprawna uzyskała pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym **tak, otrzymała** **nie, nie otrzymała**.
- Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto),**
- 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 programu „Aktywny samorząd”, obowiązującymi w 2024 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 programu „Aktywny Samorząd”,
 - **kierunkami działań oraz warunkami brzegowymi obowiązującymi realizatorów programu „Aktywny samorząd” w 2024 roku**, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął/am/przyjęłam do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr.raciborz.org.pl.
- 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 umieszczoną w korespondencji w SOW (System Obsługi Wsparcia),
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej 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),
- oświadczam, że Wnioskodawca¹ posiada podpis elektroniczny/Profil Zaufany na platformie ePUAP i złożył w przeszłości wniosek o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” w formie elektronicznej w SOW (System Obsługi Wsparcia) **nie** – **tak, rok złożenia wniosku/wniosków**

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA AKTUALNIE POSIADA WÓZEK O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM,

MODEL:..... **ZAKUPIONY ZE ŚRODKÓW:**.....

CZY OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA UZYSKAŁA POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM

NIE **TAK** w roku w ramach programu,zadania.....

¹ Pod pojęciem „Wnioskodawca” zgodnie z treścią programu „Aktywny samorząd” rozumie się osobę wnioskującą o dofinansowanie, z tym, że: „a. w przypadku niepełnoletnich adresatów programu (dzieci i młodzież do lat 18), wnioskodawcą jest jeden z rodziców sprawujący opiekę nad osobą niepełnosprawną lub opiekun prawny, b. w przypadku pełnoletnich osób nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, wnioskodawcą jest opiekun prawny”.

WAGA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓRA BĘDZIE UŻYTKOWAŁA WÓZEK.....kg.	
WZROST OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓRA BĘDZIE UŻYTKOWAŁA WÓZEK.....cm	
BUDYNEK, W KTÓRYM MIESZKA OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA UMOŻLIWIA PORUSZANIE SIĘ ZA POMOCĄ WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM (BUDYNEK JEST POZBAWIONY BARIER ARCHITEKTONICZNYCH) W TYM:	
JEST ZAPEWNIONY SWOBODNY/UDOGODNIONY DOJAZD WÓZKIEM DO MIESZKANIA	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA POSIADA MIEJSCE DO PRZECHOWYWANIA/GARAŻOWANIA WÓZKA	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
MIESZKANIE, W KTÓRYM MIESZKA OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA UMOŻLIWIA PORUSZANIE SIĘ ZA POMOCĄ WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA MOŻE SAMODZIELNIE OBSŁUGIWAĆ WÓZEK INWALIDZKI O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA W TRAKCIE KORZYSTANIA Z WÓZKA BĘDZIE KORZYSTAŁA Z POMOCY INNYCH OSÓB	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
CZY W PRZYPADKU OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ WYSTĘPUJĄ PRZECIWSKAZANIA DO PRZYJMOWANIA POZYCJI SIEDZĄCEJ, W TYM:	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
- WYSTĘPUJĄ ODLEŻYNY W OKOLICY KULSZOWEJ, KRZYŻOWEJ, PIĘT	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
- WYSTĘPUJĄ MASYWNE PRZYKURCZE WYPROSTNE BIODRA	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
- ZAAWANSOWANE DEFORMACJE TUŁOWIA UNIEMOŻLIWIĄJĄ BEZPIECZNE PRZEBYWANIE W SIEDZISKU O DOSTĘPNYM STOPNIU PRZYSTOSOWANIA	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA UZYSKAŁA W DANYM ROKU DOFINANSOWANIE, REFUNDACJĘ LUB DOTACJĘ JĄ ZE ŚRODKÓW NFZ NA CEL OBJĘTY NINIEJSZYM WNIOSEM:	
<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	
W PRZYPADKU UZYSKANIA DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON, W RAMACH PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD” O ŚRODKI FINANSOWE STANOWIĄCE UDZIAŁ WŁASNY OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA BĘDZIE SIĘ UBIEGAŁA Z INNYCH ŹRÓDEŁ (ŚRODKI NIE MOGĄ POCHODZIĆ Z PFRON):	
<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, JAKICH.....	
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:
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.
- Cel przetwarzania danych osobowych:

➤ dane będą przetwarzane w celu rozpoznania przez PCPR złożonego wniosku oraz przyznania dofinansowania i jego rozliczenia w ramach programu „Aktywny samorząd”, Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, w tym Obszar **str.2**
C – likwidacja barier w poruszaniu się, Zadanie 1 – pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym adresowana do osób

z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności i dysfunkcją uniemożliwiającą samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym. 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:

- W przypadku wniosków złożonych papierowo, wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie,

- W przypadku wniosków złożonych w systemie SOW, można występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie lub przez pełnomocnika zgodnie z pełnomocnictwem w zwykłej formie pisemnej, którego wzór został określony w systemie SOW.

(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 nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku o dofinansowanie dotyczącego mego Mocodawcy. Nie jestem ani nie byłem/byłem żaden w inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

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