**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

**ul. Wojska Polskiego 78**

**26-700 Zwoleń**

**tel. 48-676-36-23**

Data wpływu wniosku do PCPR, pieczęć PCPR i podpis pracownika

Numer sprawy

**DRS.703/K.**…………**.202**…. Numer wniosku SOW

DRS.703/K.………………………...202……

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY (1)**

Wnioskodawca składa wniosek:

□ we własnym imieniu □ jako rodzic □ jako opiekun prawny □ jako pełnomocnik

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | **II. DANE PERSONALNE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY** |
| Imię/imiona  i nazwisko |  |  |
| Numer PESEL |  |  |
| Data urodzenia |  |  |
| Płeć | □ mężczyzna □ kobieta | □ mężczyzna □ kobieta |
| ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE | | |
| Miejscowość |  |  |
| Ulica |  |  |
| Nr domu/Nr lokalu |  |  |
| Kod pocztowy/poczta |  |  |
| Nr telefonu |  |  |
| Adres e-mail |  |  |
| ADRES DO KORESPONDENCJI(1) | | |
| □ taki sam, jak adres zamieszkania | | |
| □ inny |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI(1)** – osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek | |
| Stopień niepełnosprawności | □ osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności  □ znaczny lub równoważny  □ umiarkowany lub równoważny  □ lekki lub równoważny |
| Orzeczenie ważne jest | □ bezterminowo □ okresowo – do dnia …………………… |
| Numer orzeczenia |  |
| Rodzaj niepełnosprawności | □ 01-U □ 02-P □ 03-L (□ osoba głucha □ osoba głuchoniema)  □ 04-O (□ osoba niewidoma □ osoba głuchoniewidoma)  □ 05-R (□ osoba porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego  □ osoba posiada dysfunkcję obu kończyn górnych)  □ 06-E □ 07-S □ 08-T □ 09-M □ 10-N □ 11-I □ 12-C |
| Niepełnosprawność sprzężona | □ nie □ tak (□ z 2 przyczyn □ z 3 przyczyn) |

1. *wstawić X we właściwej rubryce*

**IV. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM(1)**

**Osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek prowadzi gospodarstwo domowe:**

□ indywidualne □ wspólne

**Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód (netto), w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: ........................... zł.**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .......................**

**w tym liczba osób niepełnosprawnych: .......................**

|  |  |
| --- | --- |
| **V. SYTUACJA ZAWODOWA(1) )** – osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek | |
| Sytuacja zawodowa(1) | □ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą  □ Osoba w wieku 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca  □ Bezrobotny poszukujący pracy  □ Rencista poszukujący pracy  □ Rencista/emeryt niezainteresowany podjęciem pracy  □ Dzieci i młodzież do lat 18  □ Inne/ jakie? |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VI. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON1)** | | | | | | |
| **Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON** (na podstawie umowy zawartej w okresie 3 lat przed złożeniem wniosku) | | | | □ nie  □ tak | | |
| **CEL WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON** | | | | | | |
| Lp. | Cel dofinansowania | Numer umowy | Data zawarcia umowy (przynajmniej rok) | | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
| 1. |  |  |  | |  |  |
| 2. |  |  |  | |  |  |
| 3. |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VII. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH (1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko właściciela konta | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres właściciela konta | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa banku | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr rachunku bankowego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| □ W kasie Starostwa Powiatowego w Zwoleniu  □ Przelewem na konto Wykonawcy/Sprzedawcy podane na dowodzie zakupu usługi/przedmiotu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. *wstawić X we właściwej rubryce*

**Część B – PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA**

**I. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………........................

**II. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier** (dokładna nazwa przedmiotów/urządzeń/oprogramowania wraz z cenami)**:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………........................

……………………………………………………………………………………………………………………………………........................

……………………………………………………………………………………………………………………………………........................

**III. Przewidywany koszt realizacji zadania**: ………………………………………… zł, co stanowi 100% ceny zakupu  **IV. Kwota wnioskowanego dofinansowania:** …………………………........... zł, maksymalnie 95% ceny zakupu,

co stanowi ……………………………………………… % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania

**V. Deklarowane środki własne:** ………………………………………………………………………..................................

**VI. Inne źródła finansowania** (udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania)**:** ………………………………………………………………………......................................................................................

**VII. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych** przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:

………………………………………………………………………......................................................................................

**VIII. Cel dofinansowania i uzasadnienie** (jakie występują ograniczenia w komunikowaniu się i w jaki sposób zakup wnioskowanego sprzętu/oprogramowania ułatwi osobie niepełnosprawnej porozumiewanie się i przekazywanie informacji)**:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**IX. Miejsce realizacji zadania** (adres pod którym będzie użytkowany przedmiot dofinansowania)**:** ………………

………………………………………………………........................................................................................................

**X. Termin rozpoczęcia** (dzień-miesiąc-rok)**:** ……………………………………………………………………….....................

**XI. Przewidywany czas realizacji zadania:** ………………………………………………………………………..................

**Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

OŚWIADCZENIE

* Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Przepisy wprowadzające Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
* Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Klauzuli informacyjnej (RODO).
* Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych Systemu Obsługi Wsparcia (SOW) dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie   
  w Zwoleniu, ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwoleń dla potrzeb wynikających z realizacji zadania związanego   
  z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679   
  z dnia 27.04.2016 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 (Dz.U.UE.L. z 2016 r. Nr 119, s.1 ze zm.).
* Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność   
  z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
* Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy   
  o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
* W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu przedmiotu wniosku (urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi) pomniejszoną o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.
* Oświadczam, że nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.

**UWAGA !!!**

1. Podstawę dofinansowania zadań ze środków PFRON stanowi umowa zawarta przez starostę z osobą niepełnosprawną lub jej przedstawicielem ustawowym (…). (§ 14 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Powiatowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Dz. U. 2015, poz. 926 ze zm.).
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych   
   i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON (§ 9 ust. 4 w/w Rozporządzenia).

**ZAŁĄCZNIKI**

1. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Kopia dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej, w przypadku składania wniosku przez opiekuna prawnego, pełnomocnika.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (Załącznik).
4. Oferta cenowa potwierdzająca planowany koszt zakupu wnioskowanego sprzętu/urządzenia/oprogramowania.
5. Zaświadczenie/oświadczenie o dochodach netto Wnioskodawcy i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.
6. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania, w przypadku częściowego finansowania zadania z innych źródeł.
7. W uzasadnionych przypadkach inne dokumenty niezbędne w celu realizacji wniosku.

**UWAGA:** PCPR w Zwoleniu ma możliwość wezwać Wnioskodawcę w celu okazania oryginału dokumentu.

…………………………………….. ……………………………………………………………..

*(miejscowość, data) czytelny podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,*

*opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\**

*\* niepotrzebne skreślić*

**Klauzula informacyjna**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

* 1. a/Administratorem Państwa danych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)  
      z siedzibą w Warszawie (00-828) przy ulicy Jana Pawła II 13, tel.: 22/5055500, email [kancelaria@pfron.org.pl](mailto:kancelaria@pfron.org.pl)

b/Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu (ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwoleń, telefon kontaktowy: (48 6763623) email.: [pcpr@zwolenpowiat.pl](mailto:pcpr@zwolenpowiat.pl)

* 1. a/Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl) lub pisemnie pod adres Administratora.

b/ Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl) lub pisemnie pod adres Administratora.

* 1. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu dofinansowania ze środków RFRON likwidacji barier   
     w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. b,c i art. 9 ust 2 lit h RODO)   
     w zw. z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z rozporządzeniami.

W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celach kontaktowych.

* 1. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 5 lat. Natomiast z przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
  2. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
  3. Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
  4. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
4. prawo do usunięcia danych określone w przepisach prawa;
5. w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
6. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia   
   o ochronie danych osobowych (RODO);
   1. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
   2. Państwa dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia Administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie Administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego. Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, tj. usługodawcom wykonującym usługi serwisu systemów informatycznych( SOW), podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych   
      i bezpieczeństwo IT, dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom usług informatycznych w zakresie systemów księgowo-ewidencyjnych, usługodawcom z zakresu księgowości oraz doradztwa prawnego, dostawcy usług hostingu poczty mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową. Dane osobowe mogą być przekazywane do organów publicznych i urzędów państwowych lub innych podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa lub wykonujących zadania realizowane w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej do celów ewidencyjnych, weryfikacyjnych, kontrolnych i audytowych.

|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  lub praktyki lekarskiej | **Zaświadczenie lekarskie**  **o stanie zdrowia \*** Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim. |

Imię i nazwisko ........................................................................................................................................

Data urodzenia .................................................... Numer PESEL ...........................................................

Adres zamieszkania .................................................................................................................................

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

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

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

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

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

**2. Rodzaj schorzeń i dysfunkcji utrudniających lub uniemożliwiających osobie niepełnosprawnej kontakty   
z otoczeniem, tj. swobodne porozumiewanie się i/ lub przekazywanie informacji:**

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

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

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

□ dysfunkcja narządu wzroku □ dysfunkcja obu kończyn górnych

□ dysfunkcja narządu słuchu □ inne: ……………………………………….

□ dysfunkcja narządu mowy

**3. Rodzaj sprzętu/oprogramowania umożliwiającego osobie niepełnosprawnej likwidację barier   
w komunikowaniu się:**

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

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

**4. Uzasadnienie celowości likwidacji barier w komunikowaniu się w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:**

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

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

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

………………………………………… …………………………………………………………………………

(data) (pieczęć i podpis lekarza)

\*wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu – Likwidacja barier w komunikowaniu się;

zaświadczenie jest ważne do końca roku kalendarzowego w którym zostało wystawione

**W przypadku gdy Wnioskodawca nie składa wniosku osobiście, należy przedstawić pisemne oświadczenie Wnioskodawcy o upoważnieniu innej osoby do dostarczenia wniosku oraz do kontaktów z urzędem w jego sprawie.**

|  |
| --- |
| ………………………………… ……………… 202… r.  (miejscowość) (data)  **OŚWIADCZENIE**  ……………………………………  (Imię i Nazwisko Wnioskodawcy)  …………………………………….  ……………………………………..  (adres zamieszkania)  **Upoważniam Panią/Pana:**  Imię/imiona i nazwisko ………………………………………………………………………………………………….,  PESEL ……………………………………………………………………………………………………………………………….,  Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL) ………………………………………………………………………………………………………………,  Numer telefonu ……………………………………………………………………………………………………………….,  Adres e-mail …………………………………………………………………………………………………………………….,  **do dostarczenia do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu w moim imieniu wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier  w komunikowaniu się wraz z wymaganymi załącznikami oraz udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku, a także do zasięgania informacji w ww. sprawie.**  ………………………………………………………………………………..  *czytelny podpis Wnioskodawcy* |
| * Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Klauzuli informacyjnej (RODO). * Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  w Zwoleniu, ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwoleń dla potrzeb wynikających z realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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. Urz. UE L 119 z dn. 04.05.2016 r., s.1. * Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Zostałem/łam poinformowany/a o prawach wynikających  z art. 15-21 ww. Rozporządzenia.   ………………………………………………………………………………..  *czytelny podpis osoby upoważnionej* |

**Klauzula informacyjna**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

* 1. a/Administratorem Państwa danych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)  
      z siedzibą w Warszawie (00-828) przy ulicy Jana Pawła II 13, tel.: 22/5055500, email [kancelaria@pfron.org.pl](mailto:kancelaria@pfron.org.pl)

b/Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu (ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwoleń, telefon kontaktowy: (48 6763623) email.: [pcpr@zwolenpowiat.pl](mailto:pcpr@zwolenpowiat.pl)

* 1. a/Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl) lub pisemnie pod adres Administratora.

b/ Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl) lub pisemnie pod adres Administratora.

* 1. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu dofinansowania ze środków RFRON likwidacji barier   
     w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. b,c i art. 9 ust 2 lit h RODO)   
     w zw. z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z rozporządzeniami.

W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celach kontaktowych.

* 1. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 5 lat. Natomiast z przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
  2. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
  3. Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
  4. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
4. prawo do usunięcia danych określone w przepisach prawa;
5. w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
6. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia   
   o ochronie danych osobowych (RODO);
   1. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
   2. Państwa dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia Administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie Administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego. Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, tj. usługodawcom wykonującym usługi serwisu systemów informatycznych( SOW), podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych   
      i bezpieczeństwo IT, dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom usług informatycznych w zakresie systemów księgowo-ewidencyjnych, usługodawcom z zakresu księgowości oraz doradztwa prawnego, dostawcy usług hostingu poczty mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową. Dane osobowe mogą być przekazywane do organów publicznych i urzędów państwowych lub innych podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa lub wykonujących zadania realizowane w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej do celów ewidencyjnych, weryfikacyjnych, kontrolnych i audytowych.

**W przypadku gdy Wnioskodawca nie może osobiście, zgłosić się do Kasy Starostwa w celu wypłacenia dofinansowania, należy przedstawić pisemne upoważnienie Wnioskodawcy dotyczące dokonania tej czynności przez inną osobę.**

|  |
| --- |
| ………………………………… ……………… 202… r.  (miejscowość) (data)  **UPOWAŻNIENIE**  ……………………………………  (Imię i Nazwisko Wnioskodawcy)  …………………………………….  ……………………………………..  (adres zamieszkania)  **Upoważniam Panią/Pana:**  Imię/imiona i nazwisko …………………………………………………………………………………………………...,  PESEL …………………………………………………………………………………………………………………………………..,  Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL) ……………………………………………………………………………………………………………………………….…,  Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………………………………,  Numer telefonu ………………………………………………………………………………………………………………….,  **do pobrania w moim imieniu z Kasy Starostwa kwoty dofinansowania przyznanej do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się.**  ………………………………………………………………………………..  *czytelny podpis Wnioskodawcy* |
| * Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Klauzuli informacyjnej (RODO). * Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  w Zwoleniu, ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwoleń dla potrzeb wynikających z realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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. Urz. UE L 119 z dn. 04.05.2016 r., s.1. * Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Zostałem/łam poinformowany/a o prawach wynikających  z art. 15-21 ww. Rozporządzenia.   ………………………………………………………………………………..  *czytelny podpis osoby upoważnionej* |

**Klauzula informacyjna**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

* 1. a/Administratorem Państwa danych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)  
      z siedzibą w Warszawie (00-828) przy ulicy Jana Pawła II 13, tel.: 22/5055500, email [kancelaria@pfron.org.pl](mailto:kancelaria@pfron.org.pl)

b/Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu (ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwoleń, telefon kontaktowy: (48 6763623) email.: [pcpr@zwolenpowiat.pl](mailto:pcpr@zwolenpowiat.pl)

* 1. a/Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl) lub pisemnie pod adres Administratora.

b/ Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl) lub pisemnie pod adres Administratora.

* 1. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu dofinansowania ze środków RFRON likwidacji barier   
     w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. b,c i art. 9 ust 2 lit h RODO)   
     w zw. z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z rozporządzeniami.

W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celach kontaktowych.

* 1. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 5 lat. Natomiast z przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
  2. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
  3. Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
  4. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
4. prawo do usunięcia danych określone w przepisach prawa;
5. w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
6. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia   
   o ochronie danych osobowych (RODO);
   1. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
   2. Państwa dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia Administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie Administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego. Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, tj. usługodawcom wykonującym usługi serwisu systemów informatycznych( SOW), podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych   
      i bezpieczeństwo IT, dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom usług informatycznych w zakresie systemów księgowo-ewidencyjnych, usługodawcom z zakresu księgowości oraz doradztwa prawnego, dostawcy usług hostingu poczty mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową. Dane osobowe mogą być przekazywane do organów publicznych i urzędów państwowych lub innych podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa lub wykonujących zadania realizowane w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej do celów ewidencyjnych, weryfikacyjnych, kontrolnych i audytowych.