

Nazwa załącznika	
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) lub orzeczenia o niepełnosprawności ( <i>oryginał do wglądu</i> )
2.	Klauzula informacyjna załącznik nr 2
3.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej ( <i>oryginał do wglądu</i> )
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny ( <i>oryginał do wglądu</i> )
5.	Kserokopia orzeczeń dodatkowych osób niepełnosprawnych w gospodarstwie domowym ( <i>oryginał do wglądu</i> )
6.	Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności <i>wg. załącznika nr 3</i>
7.	Zaświadczenie lekarskie (lub inny dokument) potwierdzające ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) – <i>o ile dotyczy załącznik 3a</i>
8.	Kserokopia dowodu rejestracyjnego pojazdu ( <i>oryginał do wglądu</i> )
9.	Oferta cenowa wnioskowanego przedmiotu dofinansowania

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
....., dnia.....  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- *prosimy wypełnić czytelnie*

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:.....

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

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	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:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

6. Następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia Pacjenta jest dysfunkcja narządu ruchu:

tak                       nie

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

(miejsowość)                      (data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

*Załącznik nr 3a do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – Moduł I: obszar A – zadanie nr 4*

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

....., dnia

### **Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie 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), informuję, że:

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku z siedzibą przy ul. Ogniowej 8/10, 87-800 Włocławek, tel. 54 423 23 00.
2. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, tel. 54 423 23 81.
3. Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) w/w Rozporządzenia.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
  - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz do przenoszenia swoich danych, a także – w przypadkach przewidzianych prawem – prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych,
  - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego Rozporządzenia tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
5. Podanie danych w zakresie wymaganym obowiązującymi przepisami prawa jest obowiązkowe. W pozostałych przypadkach podawanie danych osobowych ma charakter dobrowolny.
6. Odbiorcą Pana/i danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
7. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
8. Pana/i dane osobowe nie będą poddawane profilowaniu, o czym stanowi art. 22 Rozporządzenia.

.....

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

.....  
(imię i nazwisko Pełnomocnika)

.....  
(ulica)

.....  
(kod pocztowy, miejscowość)

## OŚWIADCZENIE PEŁNOMOCNIKA

Ja niżej podpisany/a .....

(imię i nazwisko)

legitymujący/a się dowodem osobistym seria ..... nr ..... oświadczam, iż nie jestem ani w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am właścicielem/ką, współwłaścicielem/ką, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jestem i nie byłem/am w żaden inny sposób powiązany/a z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

.....  
(czytelny podpis)