

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.	Dokument potwierdzający aktywność zawodową tj. zaświadczenie z PUP potwierdzające posiadanie statusu osoby bezrobotnej bądź statusu osoby poszukującej zatrudnienia z informacją od kiedy nastąpiła data rejestracji, a w przypadku osób pracujących kserokopia umowy o pracę, bądź aktualny dokument o prowadzonej działalności gospodarczej, rolniczej
4.	Kserokopia orzeczeń dodatkowych osób niepełnosprawnych w gospodarstwie domowym, <i>(oryginał do wglądu)</i>
5.	Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami
6.	Oferta cenowa wnioskowanego przedmiotu dofinansowania
7.	Zaświadczenie lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności potwierdzające, iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (np. kiedy w orzeczeniu ujęto symbol orzeczenia 12-C lub 10-N). Zaświadczenie winno być wypełnione w sposób czytelny, w języku polskim nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (A-2) – <i>załącznik nr 4</i>
8.	Inne załączniki (należy wymienić):

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.

.....

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

.....dnia.....

Zaświadczenie lekarskie

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i Nazwisko Pacjenta.....

PESEL

Adres zamieszkania

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis).....

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

<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem schorzeń o charakterze neurologicznym (symbol : 10-N) stanowiących podstawę wydania orzeczenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu, która jest następstwem całościowych zaburzeń rozwojowych (symbol : 12-C) stanowiących podstawę wydania orzeczenia	pieczętka, nr i podpis lekarza

(proszę zakreślić właściwe pola oraz potwierdzić podpisem i pieczętka)

.....
(data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)