

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.	Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności <i>wg. załącznika nr 3</i>
5.	Zaświadczenie lekarskie (lub inny dokument) potwierdzające ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) – <i>o ile dotyczy załącznik 3a</i>
6.	Kserokopia dowodu rejestracyjnego pojazdu ( <i>oryginał do wglądu</i> )
7.	Oferta cenowa wnioskowanego przedmiotu dofinansowania
8.	Inne załączniki

### **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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

PESEL

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

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	

3. Następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia Pacjenta jest dysfunkcja narządu słuchu:

tak                       nie

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

(mięscowość )

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

....., 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)