

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 wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/ niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3,4,5 do formularza wniosku)</i>
7.	Oferta cenowa wnioskowanego przedmiotu dofinansowania
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.

.....

.....  
Pieczętka 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 .....

2. PESEL

3. Rodzaj schorzenia (opis): .....

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

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja wzroku – ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,05	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja wzroku – zwężenie pola widzenia do 20 stopni	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja wzroku – ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,1	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja wzroku – zwężenie pola widzenia 30 stopni	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu kończyn górnych – wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu kończyn górnych – charakteryzuje się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu słuchu – ubytek słuchu powyżej 70 decybeli w uchu lepszym	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:..... .....	pieczętka i podpis lekarza

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza