

| 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