

1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym 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 wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku <i>i zawierające zgodę na użytkowanie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)</i>
5.	Oferta cenowa wnioskowanego przedmiotu dofinansowania
6.	Inne załączniki (należy wymienić): np. wydruk z internetu lub zdjęcie przystawki do wózka ręcznego inwalidzkiego

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. 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"/> Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki <input type="checkbox"/> Dysfunkcja obu rąk <input type="checkbox"/> Dysfunkcja obu nóg <input type="checkbox"/> Inne schorzenie:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy/trudności w samodzielnym poruszaniu się i przemieszczaniu się na zewnątrz	
<input type="checkbox"/> Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty