

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|------------------------------|--|
| Wnioskodawca składa wniosek: | |
| Postanowieniem Sądu: | |
| Z dnia: | |
| Sygnatura akt: | |
| Imię i nazwisko notariusza: | |
| Repertorium nr: | |
| Zakres pełnomocnictwa: | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne |

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|-----------------|---|
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|----------------------|--|
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|---------------|-----------------|
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|-----------------|---|
| Imię: | |
| Drugie imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta |

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|----------------------|--|
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Miejscowość: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | |
| Poczta: | |
| Nr telefonu: | |
| Adres e-mail: | |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|--|--|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Stopień niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |

| | |
|--|--|
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest: | <input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: |
| Numer orzeczenia: | |
| Grupa inwalidzka: | <input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Niezdolność: | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| Rodzaj niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy): | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny |

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Ze środków finansowych PFRON:

nie korzystałem

korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------|
| | | | | |

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. CEL DOFINANSOWANIA

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|------------------------|-----------------|
| Rodzaj dofinansowania: | |
| Cel dofinansowania: | |

II. KOSZTY REALIZACJI

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|---|-----------------|
| Przewidywany koszt realizacji zadania (100%): | |
| Słownie: | |
| Liczba godzin: | |
| Cena za godzinę: | |
| Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: | |
| Słownie: | |

Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia (informacja dostępna na stronach GUS).

III. MIEJSCE I CZAS REALIZACJI ZADANIA

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|--------------------------------------|-----------------|
| Miejsce realizacji: | |
| Termin rozpoczęcia: | |
| Przewidywany czas realizacji: | |

IV. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
|-------------------------------|-----------------|
| Właściciel konta: | |
| Nazwa banku: | |
| Nr rachunku bankowego: | |

W kasie lub przekazem pocztowym

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dzieci i młodzież do lat 18
- Inne / jakie?

OŚWIADCZENIE

Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam że zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO. Klauzula

RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,

Wniosek , Rehabilitacja społeczna – Usługa tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika

- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych
Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

| <i>Miejscowość</i> | <i>Data</i> | <i>Podpis Wnioskodawcy</i> |
|--------------------|-------------|----------------------------|
| | | |

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

| Lp. | Plik |
|------------|--|
| | <ol style="list-style-type: none">1) kserokopia aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/ o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne,2) oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1a do formularza wniosku) - podpisane przez Wnioskodawcę lub inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR, składające wniosek w wersji papierowej,3) klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych (sporządzoną wg wzoru określonego w załączniku 1b do formularza wniosku) – podpisane przez Wnioskodawcę lub inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do PCPR, składające wniosek za pośrednictwem systemu SOW,4) zaświadczenie lekarza specjalisty do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON tłumacza języka migowego/ tłumacza przewodnika (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku),5) oświadczenie wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku),6) kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby,7) kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny lub pełnomocnictwo notarialne w przypadku, gdy wnioskodawca występuje z wnioskiem przez pełnomocnika,8) pełnomocnictwo do reprezentowania osoby niepełnosprawnej (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku) – dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem systemu SOW9) oświadczenie pełnomocnika (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku),10) uzasadnienie wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 6 do formularza wniosku),11) odwołanie pełnomocnika (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 7 do formularza wniosku) – dotyczy wniosku złożonego za pośrednictwem systemu SOW,12) dokument potwierdzający wpis do rejestru tłumaczy PJM, JJM, SKOGEN (dotyczy wszystkich tłumaczy, którzy mają świadczyć usługi),13) w przypadku tłumaczenia zajęć lekcyjnych – harmonogram planu zajęć,14) uzasadnienie dofinansowania ze środków PFRON usług tłumacza języka migowego/ tłumacza przewodnika (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 6 do formularza wniosku). |

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Powiat Przasnyski, w imieniu, którego występuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych Wnioskodawcy, którego reprezentuję, tj. danych kontaktowych zawartych przez administratora tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, adres: ul. B. Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz, w niniejszym wniosku, w celu kontaktu telefonicznego i/lub e-mailowego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

Obowiązek informacyjny o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

Zgodnie z art. 13 ust 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony 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 - RODO), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych i przysługujących prawach.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu jest Dyrektor dane kontaktowe Administratora Danych Osobowych: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, ul. B. Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz tel. 29 752-51-73 lub 29 691-17-46 wew. 16, tel. 511 951 468.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu. Kontakt z nim możliwy jest pod numerem telefonu 29 752 22 70 lub adresem e-mail: iod@powiat-przasnysz.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe, przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań i obowiązków Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, na podstawie: art. 6 ust.1 lit. a, lit. b, lit. c, lit. e RODO; ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz art. 9 ust. 2 lit. b w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym oraz innych ustaw i aktów wykonawczych regulujących wypełnianie zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane w ograniczonym zakresie mogą być również przekazane podmiotom realizującym zadania na rzecz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
5. Czas przechowywania Pani/Pana danych osobowych jest określony prawem, zgodnie z przepisami kancelaryjno – archiwalnymi Administratora, oraz Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane i czasie wskazanym przepisami prawa.
6. Każdej osobie, której dane przetwarzane są w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, przysługuje prawo do: dostępu do danych, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, oraz usunięcia, jeśli pozwalają na to przepisy prawa.
7. W przypadku przetwarzania danych osobowych w oparciu o „Wyrażenie Zgody”, informujemy, że zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres: 00-193 Warszawa, ul Stawki 2.
9. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami prawa jest konieczne do realizacji ustawowych celów i zadań Administratora. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania. W pozostałych przypadkach podanie danych jest dobrowolne.
10. Administrator danych nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
11. Podanie danych nie skutkuje zautomatyzowaną oceną czynników osobowych i tym samym nie podlega profilowaniu.
12. Administrator danych dokłada wszelkich starań, aby zapewnić odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.

Oświadczam, że zapoznałam/em się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych są:
 - 1) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13,
 - 2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu ul. Berka Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz, tel. 29 752-51-73 lub 29 691-17-46,
 - 3) Organizator Turnusu – w przypadku wniosków składanych na turnusy rehabilitacyjne.
2. Kontakt do Inspektora ochrony danych:
 - 1) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. 22 50 55 500, iod@pfron.org.pl,
 - 2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Berka Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz – kontakt e-mail: iod@powiat-przasnysz.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez:
 - 1) PFRON w celu zarządzania Systemem SOW - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 1 lit. b RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wypełnienia zadania realizowanego w interesie publicznym w zakresie zabezpieczenia społecznego wynikającego z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym, w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 1 lit. g RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych związanych z ważnym interesem publicznym wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
 - 2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu w celu rozpoznania złożonego Wniosku oraz przyznania dofinansowania i jego rozliczenia przez PFRON. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO, ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy albo art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wykonania obowiązków prawnych związanych z ważnym interesem publicznym wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

- 3) Organizatora Turnusu w celu rozpatrzenia Wniosku oraz zorganizowania turnusu rehabilitacyjnego. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b, ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie tej osoby przed zawarciem umowy, a także art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wykonania obowiązku prawnego ciążącego na administratorze dotyczącego zadania realizowanego w ważnym interesie publicznym wynikającym z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w ust. 3, odbiorcami danych osobowych Użytkowników mogą być:
 - 1) podmioty, które na podstawie umów zawartych z administratorami, o których mowa w ust. 3, świadczą usługi wsparcia, np. prawne, pocztowe, informatyczne;
 - 2) podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW.
5. Dane osobowe Użytkowników będą wykorzystywane przez okres niezbędny do realizacji obowiązków ciążących odrębnie na każdym z Administratorów zgodnie z ust. 3, a następnie archiwizowane przez okres wynikający z przepisów o archiwach.
6. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Systemie SOW danych osobowych Użytkownika, Użytkownikowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. W związku z przetwarzaniem danych osobowych Użytkowników nie będzie dochodziło do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
8. Użytkownikowi, na zasadach określonych w RODO, przysługują następujące prawa w związku z przetwarzaniem jego danych osobowych:
 - 1) prawo dostępu do danych, w tym uzyskania kopii danych;
 - 2) prawo żądania sprostowania i uzupełnienia danych;
 - 3) prawo do usunięcia danych;
 - 4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
 - 5) prawo do przenoszenia danych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO;
 - 6) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO.
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym jest również niezbędne do założenia Konta w Systemie SOW. Odmowa podania danych będzie skutkowałą odmową założenia Konta w Systemie SOW i w konsekwencji uniemożliwi złożenie Wniosku w postaci elektronicznej.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

.....
 (pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
 lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
 wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

| Nazwa pola | Wartość |
|---|--|
| Imię i nazwisko: | |
| Zamieszkały/zamieszkała: | |
| PESEL: | |
| Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje: | <input type="checkbox"/> słuchu <input type="checkbox"/> mowy <input type="checkbox"/> inne (jakie) |
| Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika: | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak – uzasadnienie: |

.....
 (data)

.....
 (pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

(dotyczy wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON)

dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu w celu dofinansowania usług tłumacza języka migowego/
tłumacza przewodnika. Ja niżej podpisana/y

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania: miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 i §2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że:

- 1) zostałam/em poinformowana/y, że maksymalna wysokość dofinansowania w Powiecie Przasnyskim ze środków PFRON zgodnie z §13 ust. 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji osób Niepełnosprawnych do usług tłumacza języka migowego/ tłumacza przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia,
- 2) nie mam zaległości wobec Funduszu oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- 3) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż dofinansowanie do usług tłumacza języka migowego/ tłumacza przewodnika nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy ze Starostą,
- 4) informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- 5) zapoznałam(em) się z zasadami udzielania dofinansowania do usług tłumacza języka migowego/ tłumacza przewodnika, które przyjmuję do wiadomości i stosowania,
- 6) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania dofinansowania ze środków PFRON do usług tłumacza języka migowego/ tłumacza przewodnika oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków określonych:
 - a) w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - b) w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
(data i podpis wnioskodawcy/ pełnomocnika /przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego)

Art. 233 K.K.

§1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

PEŁNOMOCNICTWO

Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji.....

.....

Numer telefonu..... Numer e-mail.....

Oświadczenie o udzieleniu pełnomocnictwa:

Niniejszym udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu..... Numer e-mail.....

Pełnomocnictwo obejmuje upoważnienie do dokonywania na rzecz mocodawcy wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie. Dla realizacji ww. celów stanowiących przedmiot pełnomocnictwa, niniejsze pełnomocnictwo upoważnia do posługiwania się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału niniejszego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Pełnomocnictwa udziela się na czas niezbędny do realizacji wszystkich ww. czynności związanych ze złożonym w systemie SOW wnioskiem o dofinansowanie. Pełnomocnictwo może być odwołane przez mocodawcę w każdym czasie.

Potwierdzam prawdziwość i aktualność danych zawartych w niniejszym pełnomocnictwie. Zmiana treści pełnomocnictwa wymaga wprowadzenia do systemu SOW nowego dokumentu pełnomocnictwa, za wyjątkiem zmian danych adresowo-kontaktowych pełnomocnika, o których pełnomocnik poinformuje za pośrednictwem systemu SOW.

.....
data

.....
czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE PEŁNOMOCNIKA

Ja, niżej podpisana/podpisany,

nr PESEL lub oznaczenie dowodu osobistego w przypadku

braku PESEL,

jako Pełnomocnik mego Mocodawcy:.....,

(imię i nazwisko Mocodawcy)

oświadczam, że nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku o dofinansowanie dotyczącego mego Mocodawcy. Nie jestem ani nie byłem/nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

.....
(podpis pełnomocnika)

Miejscowość, data.....

Pani/Pan

.....

.....

Niniejszym odwołuję pełnomocnictwo udzielone Pani/Panu w dniu..... obejmujące upoważnienie do dokonywania na moją rzecz wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie oraz posługiwanie się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału udzielonego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Jednocześnie proszę o niezwłoczny zwrot dokumentu pełnomocnictwa oraz przekazanie skanu mojego oświadczenia o odwołaniu pełnomocnictwa do systemu SOW.

.....
data.....
czytelny podpis osoby odwołującej pełnomocnictwo