

WNIOSEK „M-I”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu
„Aktywny samorząd”

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar C – Zadanie nr 5
pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.

DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
Nazwa właściwego sądu:	
Data wydania dokumentu:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego / niepoświadczonego notarialnie z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres – od złożenia wniosku aż do zawarcia i rozliczenia umowy <input type="checkbox"/> zawarcie umowy <input type="checkbox"/> udzielanie wyjaśnień i uzupełnianie wniosku <input type="checkbox"/> złożenie wniosku <input type="checkbox"/> inne

Oświadczam, że ani teraz, ani w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem / nie byłem: właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym, przedstawicielem handlowym, członkiem organów nadzorczych lub zarządzających ani pracownikiem firm, które sprzedają towary lub usługi dotyczące tego wniosku. Nie miałem / nie miałam i nie mam z zarządami tych firm innych powiązań, takich jak na przykład relacje rodzinne czy biznesowe.

DANE WNIOSKODAWCY
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Numer PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr mieszkania:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr mieszkania:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.

Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Numer PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer mieszkania:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Zanim odpowiesz na pytania w tej sekcji, przeczytaj dokładnie poniższe wyjaśnienie. Aby uzyskać dofinansowanie z PFRON, musisz mieć orzeczenie o niepełnosprawności. Jest to dokument, który potwierdza, że osoba ma niepełnosprawność. Jest wydawany przez powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Wtedy możesz korzystać z pomocy z PFRON: dofinansowania do różnych świadczeń i zakupów sprzętu. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś po 1997 roku, to w punkcie „Stopień niepełnosprawności” zaznacz stopień niepełnosprawności, jaki masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz przyznanego stopnia niepełnosprawności, to zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś przed 1997 rokiem i jest ono wciąż ważne, to możesz mieć określoną grupę inwalidzką. Wtedy w punkcie „Grupa inwalidzka” zaznacz grupę, jaką masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz grupy inwalidzkiej, zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli masz orzeczenie wydane przez ZUS lub KRUS wówczas zaznacz właściwą odpowiedź tylko w pytaniu: „Niezdolność do pracy”. Jeżeli zaznaczysz, że wypełniasz wniosek dla osoby do 16. roku życia, to nie dotyczą Cię pytania o grupę inwalidzką, stopień niepełnosprawności i niezdolność do pracy.

Nazwa pola	Zawartość
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"/> ważne bezterminowo <input type="checkbox"/> ważne 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 do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
 - osoba głucha
 - osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
 - osoba niewidoma
 - osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
 - wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
 - dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Nazwa pola	Zawartość
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

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- nie dotyczy
- osoba nieaktywna zawodowo
- osoba bezrobotna/ (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)
 - Wpisz jak długo – podaj liczbę pełnych miesięcy:
- osoba poszukująca pracy (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)
- działalność gospodarcza
- działalność rolnicza
- osoba zatrudniona
- Jestem na stażu zawodowym
- Jestem wolontariuszem i mam porozumienie wolontariackie

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

Forma zatrudnienia	Od dnia	Na czas nieokreślony	Do dnia
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

- Nie dotyczy
 Przedszkole
 Szkoła podstawowa
 Zasadnicza Szkoła Zawodowa
 Technikum
 Liceum
 Szkoła policealna
 Kolegium
 Studia I stopnia
 Studia II stopnia
 Studia magisterskie (jednolite)
 Studia podyplomowe
 Studia doktoranckie
 Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
 Szkoła doktorska
 Uczelnia zagraniczna
 Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
 Każda inna, jaka:

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?

tak nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:	

Czy masz zaległości finansowe wobec PFRON – na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:

tak nie

Czy masz zaległości finansowe wobec urzędu, do którego zwracasz się o dofinansowanie ze środków PFRON? Na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:

tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...)”.

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:

tak nie

UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR):

tak nie

Posiadam wózek inwalidzki ręczny:

tak nie

Posiadam skuter inwalidzki elektryczny:

tak nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (w obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym):

Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – należy przez to rozumieć:

a) osobę zamieszkałą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a także,

b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/ potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).

tak nie

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- firma
- media
- Urząd, który przyznaje wsparcie PFRON
- PFRON
- inne, jakie?:

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Wysokość (netto w złotych) średniego miesięcznego dochodu na osobę w gospodarstwie:

Średni dochód (przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy) - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego zgodnie z obowiązującym na dzień złożenia wniosku Obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie Dokument_5_Wyjasnienia_dot_ustalania_wysokosci_dochodu.pdf dostępnym wraz z dokumentacją dla naboru.

Proszę o zwolnienie mnie z obowiązku składania oświadczenia o dochodzie. Nie planuję korzystać z szybszego rozpatrzenia wniosku ani z większej kwoty dofinansowania. Wiem, że jeśli nie podam wysokości dochodu, nie będę miał możliwości skorzystania z tych przywilejów.

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 5

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Trzykołowy skuter inwalidzki elektryczny Typ: <input type="checkbox"/> Skuter jednoosobowy <input type="checkbox"/> Skuter dwuosobowy <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Czterokołowy skuter inwalidzki elektryczny Typ: <input type="checkbox"/> Skuter jednoosobowy <input type="checkbox"/> Skuter dwuosobowy <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Napęd elektryczny do wózka ręcznego		
<input type="checkbox"/> Dodatkowe wyposażenie Jakie: <input type="checkbox"/>		
Razem:		
Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:		
Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:		

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa
1	Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne albo orzeczenie o niepełnosprawności dziecka do 16 roku życia
2	Oświadczenia
3	Zaświadczenie lekarskie (wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności)
4	Akt urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka Wnioskodawcy
5	Dokument stanowiący opiekę prawną – jeśli sprawa dotyczy podopiecznego
6	Oferta cenowa dot. kosztów zakupu skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego
7	Dokument potwierdzający zatrudnienie (w tym wolontariat trwający co najmniej 6 miesięcy) - w przypadku osób, które osiągnęły wiek emerytalny
8	Pełnomocnictwo
9	Fakultatywnie - opinia eksperta w zakresie dopasowania wnioskowanej pomocy do aktualnych potrzeb wynikających z aktywności

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przetwarzaniem danych osobowych informujemy – zgodnie z art. 13 ust 1 i ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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) (Dz. Urz. UE L z 04.05.2016 r, Nr 119, s. 1) zwanego dalej „RODO” iż:

I. ADMINISTRATOR DANYCH

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gorlicach, reprezentowane przez Dyrektora, z którym można kontaktować się pod adresem siedziby: ul. Słoneczna 7, 38-300 Gorlice, pod adresem e-mail: sekretariat@pcpr.gorlice.pl oraz pod numerem telefonu: (18) 352-53-80.

II. INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych z którym można się kontaktować pod adresem: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gorlicach, ul. Słoneczna 7, 38-300 Gorlice lub pod adresem e-mail: iod@iods.pl.

III. PODSTAWA PRAWNA I CELE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Pani/Pana dane osobowe, a w przypadku osób prawnych dane osobowe osób uprawnionych do reprezentacji tych podmiotów, będą przez nas przetwarzane w celu:

1. Realizacji i udziału w programie Aktywny samorząd, w tym przyjęcia i rozpatrzenia wniosku, zawarcia umowy cywilno-prawnej w celu realizacji dofinansowania (art. 6 ust. 1 lit. b, c, art. 9 ust. 2 lit. b RODO);
2. Realizacji obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego m.in. z przepisów rachunkowych i podatkowych (art. 6 ust. 1 lit c RODO);
3. Ewentualnej obrony przed roszczeniami lub w celu dochodzenia roszczeń – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO.

IV. INFORMACJE O WYMOGU/DOBROWOLNOŚCI PODANIA DANYCH ORAZ KONSEKWENCJI NIE PODANIA DANYCH OSOBOWYCH

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do wzięcia udziału w programie. Niepodanie lub podanie niepełnych danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości wzięcia w nim udziału.

V. ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH

1. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, m.in. Krajowa Administracja Skarbowa, PFRON (w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych) lub inne organy państwowe. Pani/Pana dane osobowe będą również udostępniane bankom, w których Administrator posiada rachunki bankowe.
2. Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora np. dostawcom usług informatycznych, podmiotom świadczącym usługi księgowo, kadrowo-płacowe, prawne i doradcze i innym podmiotom przetwarzającym dane w celu określonym przez Administratora – przy czym takie podmioty przetwarzają dane wyłącznie na podstawie umowy z Administratorem.

VI. OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH OSOBOWYCH

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane nie dłużej niż to będzie niezbędne do należytego przeprowadzenia i realizacji programu, a następnie przez okres przechowywania dokumentacji księgowej i podatkowej wynikający z przepisów prawa (5 lat), dochodzenia roszczeń natury cywilnoprawnej.

VII. PRAWA OSÓB, KTÓRYCH DANE DOTYCZĄ

W związku z przetwarzaniem danych osobowych posiada Pani/Pan prawo do:

- 1) Dostępu do treści swoich danych osobowych,
- 2) Otrzymania kopii danych,
- 3) Sprostowania danych osobowych,
- 4) Usunięcia danych osobowych,

5) Ograniczenia przetwarzania danych osobowych;

6) Przenoszenia danych,

7) Sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,

– w przypadkach i na warunkach określonych w RODO. Prawa wymienione powyżej można zrealizować poprzez kontakt z Administratorem.

VIII. PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO

Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z przepisami RODO.

IX. ZAUTOMATYZOWANE PODEJMOWANIE DECYZJI W TYM PROFILOWANIE

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w formie profilowania.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>	<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>