

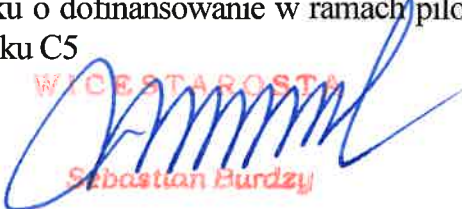
Załącznik nr 3 do uchwały nr 404/2023

Zarządu Powiatu w Środzie Śląskiej

z dnia 14 lutego 2023 roku.

### **Lista wzorów załączników do wniosków w ramach programu „Aktywny samorząd”**

1. Oświadczenie o wysokości dochodów
2. Prośba o przywrócenie terminu na złożenie wniosku
3. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
4. Zaświadczenie wydane przez jednostkę organizacyjną szkoły /uczelni – dotyczy wniosków z modułu II
5. Oświadczenie dotyczące zdarzeń losowych
6. Oświadczenie osoby sprawującej opiekę na osobą zależną – dot. wniosku z Obszaru D
7. Wywiad zawodowy (dotyczy wniosku z Obszaru C3)
8. Druk pełnomocnictwa wraz z oświadczeniem pełnomocnika.
9. Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorysu do protezy dla Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd” (dla wniosku C3)
10. Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorys naprawy protezy dla wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd” (dla wniosku C4)
11. Specyfikacja i kosztorys protezy dla beneficjenta wykonanej w ramach programu „Aktywny samorząd” (dla wniosku C3)
12. Specyfikacja i kosztorys naprawy protezy dla wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd” (dla wniosku C4)
13. Zaświadczenie lekarskie wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – dla wniosku A1 i A2 (dla osób z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dotyczącego niepełnosprawności)
14. Zaświadczenie lekarskie wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – dla wniosku B1 (dla osoby z dysfunkcją narządu wzroku)
15. Zaświadczenie lekarskie wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – dla wniosku B1 (dla osoby z dysfunkcją kończyn górnych)
16. Zaświadczenie lekarskie wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – dla wniosku B3
17. Zaświadczenie lekarskie wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – dla wniosku B4 i A4
18. Zaświadczenie lekarskie wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – dla wniosku C1
19. Zaświadczenie lekarskie wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – dla wniosku C3 i C4
20. Zaświadczenie lekarskie wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – dla wniosku C5

WICESTAROSTA  
  
Sebastian Burdzy



## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez przeciętny miesięczny dochód należy rozumieć przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek.

Wnioskodawca, który prowadzi **samodzielne gospodarstwo domowe** (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za samodzielne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

**Wspólne gospodarstwo domowe** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny.

**Uwaga!** W przypadku osób **samodzielnie gospodarujących**, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) ..... zamieszkały(a) .....  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....  
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)  
niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (zgodnie z **przypisem nr 1**):

	Przeciętny miesięczny dochód
1. Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą.</b>	x
2.	
3.	
4.	
5.	
	RAZEM

**Oświadczam, także że:**

1) przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi ..... zł (słownie złotych: .....)

.....  
(*należy wyliczyć zgodnie z **przypisem nr 2***);

2) Zgodnie z art. 75 §2 KPA, świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 KK za fałszywe składanie zeznania, prawdziwość danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia ..... r. ....  
miejscowość ..... podpis Wnioskodawcy

**Uwaga:**

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana, a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, licznymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.

Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 3 do formularza wniosku).

### Przypis nr 1

#### Dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych:

Dochód - oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób, przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art.27, 30b, 30c i 30e ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. (Dz. U. z 2012 r. poz.361, z późn.zm.) o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne.

deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,

inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:

- renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
- renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
- świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud i batalionach budowlanych,
- dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
- świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
- emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów i niewybuchów,
- renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939-1945, otrzymywane z zagranicy,
- zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
- środki bezwzględnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezwzględnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach, gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezwzględnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,
- należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą - w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwach lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502 i 1662),
- należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojusznicznych, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w str.2

- misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych, należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
- dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej,
- alimenty na rzecz dzieci,
- stypendia doktoranckie i habilitacyjne przyznane na podstawie ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. z 2014 r. poz. 11852), stypendia doktoranckie określone w art. 200 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.), stypendia sportowe przyznane na podstawie ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. z 2014 r. poz. 715) oraz inne stypendia o charakterze socjalnym przyznane uczniom i studentom,
- kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
- należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywienia tych osób,
- dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2014 r. poz. 191 i 1198),
- dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
- ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego "Polskie Koleje Państwowe",
- ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003-2006,
- świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
- dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
- dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej; podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,
- renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu oraz zaliczke alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych i zaliczce alimentacyjnej,
- świadczenia pieniężne wypłacane w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów
- pomoc materialną o charakterze socjalnym określoną w art. 90c ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.) oraz pomoc materialną określoną w art. 173 ust. 1 pkt 1, 2 i 8, art. 173a, art. 199 ust. 1 pkt 1, 2 i 4 i art. 199a ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym,
- kwoty otrzymane na podstawie art. 27f ust. 8-10 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych;

**Przypis nr. 2** – sposób wyliczenia przeciętnego miesięcznego dochodu przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

<p>przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą</p>	=	<p>łączy przeciętny miesięczny dochód wykazany w wierszu „Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia</p>
		=
		<p>liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia</p>

**Prośba o przywrócenie terminu  
na złożenie wniosku (w tym wniosku o rozliczenie) w ramach  
pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

Imię i nazwisko Wnioskodawcy: .....

Pesel: .....

Na podstawie rozdziału I ust. 4 dokumentu pn. „Zasady (...)”, zwracam się do Realizatora programu z prośbą o przywrócenie terminu na złożenie wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” na zadanie:

<input type="checkbox"/> <b>Moduł I</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 2</b>
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób z dysfunkcją narządu ruchu	Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B dla osób z dysfunkcją narządu ruchu
<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 3</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 4</b>
Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B dla osób z dysfunkcją narządu słuchu	pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób z dysfunkcją narządu słuchu
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 2</b>
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 3</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 4</b>
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu wzroku	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 5</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 1</b>
Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu	Pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z dysfunkcją uniemożliwiającą samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 2</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 3</b>
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 4</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 5</b>
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego
<input type="checkbox"/> <b>Obszar D</b>	
pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej	
<input type="checkbox"/> <b>Moduł II</b> pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym	

**Uzasadnienie**

.....

.....

.....

.....

..... dnia .....  
miejscowość .....

.....  
podpis Wnioskodawcy



### Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu oraz PFRON

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Powiat Średzki z siedzibą w Środzie Śląskiej przy ul. Wrocławskiej 2 (administrator danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

*Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.*

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):

.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu tj. Powiat Średzki z siedzibą w Środzie Śląskiej przy ul. Wrocławskiej 2 (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z Rozporządzeniem 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 (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1) (dalej również: „RODO”).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w postaci: imię, nazwisko, numer i seria dowodu osobistego, adres zamieszkania, PESEL, data i miejsce urodzenia, informacje o stanie zdrowia i rodziny, , numer rachunku bankowego) oraz na administrowanie moimi danymi osobowymi zgodnie z *Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy - w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej, ul. Wrocławska 2, 55-300 Środa Śląska, w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny Samorząd”.*

.....  
podpis wnioskodawcy/lub opiekuna prawnego

### Klauzula informacyjna

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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), informujemy, iż:*

- 1) **administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej, ul. Wrocławska 2, 55-300 Środa Śląska;**
- 2) **kontakt z Inspektorem Ochrony Danych** możliwy jest pod adresem e-mail: [rodo.hr.consulting@gmail.com](mailto:rodo.hr.consulting@gmail.com) lub adresem do korespondencji jest adres administratora.
- 3) **celem przetwarzania danych jest realizacja obowiązków** wynikających z przepisów prawa - art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- 4) **dane udostępnione przez Państwa będą podlegały udostępnieniu podmiotom wykonującym na rzecz administratora zadań z PFRON-u** i mogą zostać udostępniane tylko organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
- 5) **administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;**
- 6) **Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres** wynikający z przepisów dotyczących archiwizacji;
- 7) **przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Państwa danych osobowych oraz danych Państwa dzieci narusza przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z : 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). *Organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;*
- 8) **Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym.**
- 9) **dane udostępnione przez Państwa nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji**, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....  
podpis wnioskodawcy/lub opiekuna prawnego



.....  
pieczęć szkoły/uczelni

## ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON  
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....

nr PESEL .....

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę\* w.....

.....  
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

..... Rok nauki..... semestr nauki.....

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki:  tak  nie

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce:  tak  nie

Okres zaliczeniowy w szkole:  semestr  rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym

Czy Pan/Pani w poprzednim semestrze lub obecnie pobiera naukę w formie zdalnej (w tym systemie hybrydowym):  tak  nie

Forma kształcenia:

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> kolegium pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie	<input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> szkoła policealna
<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna:  tak  nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze\*\*  
(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: ..... zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane:  nie  tak - ze środków\*\*:

1. .... w wysokości:..... zł

Średnia ocen uzyskana w poprzednim roku akademickim (szkolnym) .....\*\* (średnia ocen  
wyliczona, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, jako średnia arytmetyczna, na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w poprzednim  
roku akademickim/szkolnym – wszystkie oceny z egzaminów i zaliczeń wpisane do indeksu)

Obowiązująca na uczelni skala ocen.....

<b>Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ...../..... r. w jednym półroczu:</b>	
Data rozpoczęcia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok)	

\* -niepotrzebne skreślić

\*\* - jeżeli dotyczy

.....  
podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: .....





**OŚWIADCZENIE** - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu  
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu  
„Aktywny samorząd”

Imię.....

Nazwisko.....

Data urodzenia .....r.

PESEL .....

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

W roku 2022 lub 2023 zostałem/am poszkodowany/a w wyniku działania żywiołu lub innego zdarzenia losowego:

- TAK

- NIE ,

jeżeli tak to proszę podać rok: ..... oraz opisać poniesione szkody.....

.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):

.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu tj. Powiat Średzki z siedzibą w Środzie Śląskiej przy ul. Wrocławskiej 2 (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z Rozporządzeniem 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 (Dz.Urz.U.E.L Nr 119, str. 1) (dalej również: „RODO”).Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
podpis





## Oświadczenie osoby sprawującej opiekę na osobą zależną

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(PESEL)

Oświadczam, że sprawuję opiekę nad osobą ode mnie zależną, tj.:

.....  
(imię i nazwisko /osoby zależnej)

.....  
(PESEL osoby zależnej)

.....  
(stopień pokrewieństwa/lub powinowactwa osoby zależnej)

Jestem: przedstawicielem ustawowym / opiekunem prawnym\* osoby zależnej.

.....  
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

\*niepotrzebne skreślić



## WYWIAD ZAWODOWY



Imię i nazwisko .....

PESEL.....

Dokument potwierdzający tożsamość: .....

1. Kwalifikacje zawodowe:

a) wykształcenie: podstawowe, zasadnicze zawodowe, średnie ogólnokształcące, średnie techniczne, wyższe

b) zawód wyuczony: .....

2. Rodzaj obecnie/ostatnio wykonywanej pracy:

.....  
.....  
.....

- od kiedy jest/był wykonywany ten rodzaj pracy: .....

- do kiedy jest/był wykonywany ten rodzaj pracy:.....

3. Posiadane kwalifikacje.....

.....  
.....  
.....

4. Ukończone kursy: .....

.....  
.....  
.....  
.....

5. Rodzaje poszukiwanej pracy .....

.....  
.....  
.....

6. Planowany termin podjęcia nowej pracy .....

.....

7. Sposoby poszukiwania zatrudnienia.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Podpis Wnioskodawcy





**PELNOMOCNICTWO**

**Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa:**

Imię/imiiona.....  
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/imiiona.....  
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 poświadzonego 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.

Powierzam 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

.....  
(niejścowność, data)

.....  
Imię i nazwisko

.....  
(adres)

.....  
(nr telefonu)

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisana/y .....

legitymująca/y się dowodem osobistym nr .....

uprzedzona/y o odpowiedzialności kamej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Kamego – „kto składając zeznania 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” oświadczam, że:

nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/em właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(Y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku jaki złożyłem/em w imieniu .....

ani nie jestem i nie byłem/em w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

.....  
(podpis)



**Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorysu do protezy dla  
 Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”**

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem e-mail Oddziału PFRON: ....., a także na: www.pfron.org.pl

Imię i nazwisko Wnioskodawcy: .....

Poziom amputacji: .....

Ewentualne nieprawidłowości kikuta: .....

**Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych fabrycznie**

L. p	Nazwa elementu	Producent i symbol elementu	Nazwa handlowa (jeśli jest )	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
<b>Suma (w zł)</b>						

**Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla wnioskodawcy**

L. p	Nazwa elementu	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
<b>Suma (w zł)</b>				

--

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)



### Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorys naprawy protezy dla wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem e-mail Oddziału PFRON: ....., a także na: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl)

Imię i nazwisko Wnioskodawcy: .....

Poziom amputacji: .....

Opis problemu: .....

Co trzeba zrobić: .....

### Specyfikacja proponowanych do wymiany elementów protezy wykonywanych fabrycznie

L. p	Nazwa elementu	Producent i symbol elementu	Nazwa handlowa (jeśli jest)	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
					<b>Suma (w zł)</b>	

### Specyfikacja proponowanych do wymiany elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla Wnioskodawcy/prac naprawczych

L. p	Nazwa elementu / czynność naprawcza	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
			<b>Suma (w zł)</b>	

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)



## Specyfikacja i kosztorys protezy dla beneficjenta wykonanej w ramach programu „Aktywny samorząd”

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem e-mail Oddziału PFRON: ....., a także na: www.pfron.org.pl

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....

Poziom amputacji: .....

### Specyfikacja zastosowanych elementów protezy wykonywanych fabrycznie

L. p	Nazwa elementu	Producent i symbol elementu	Nazwa handlowa (jeśli jest)	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
					<b>Suma (w zł)</b>	

### Specyfikacja elementów protezy wykonanych indywidualnie dla beneficjenta

L. p	Nazwa elementu	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
			<b>Suma (w zł)</b>	

--

Całkowita cena brutto protezy (w zł)









.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....r.,  
miejsowość, data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (zadanie A1 i A2)  
**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....

.....  
.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne  
potrzeby w tym zakresie:

.....  
.....  
.....

5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że dysfunkcja  
narządu ruchu Pacjenta jest konsekwencją / następstwem schorzeń stanowiących podstawę  
wydania orzeczenia – ujętych w orzeczeniu o niepełnosprawności:

z dnia ..... znak .....

.....

( pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)



.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....r.  
miejsowość, data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim (zadanie B1)*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:  *nie dotyczy*

w oku lewym do: ..... stopni

w oku prawym do: ..... stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):  *nie dotyczy*

w oku lewym wynosi: .....

w oku prawym wynosi: .....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak       nie

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty  
(LEKARZA OKULISTY)



.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....r.  
miejsowość, data

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (zadanie B1)  
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że schorzenie/niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą*):

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową ( w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych - co najmniej w obrębie przedramienia (na wysokości od:.....)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza





Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B3)  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub równe 0,1)
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub równe 0,1)
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty  
(LEKARZA OKULISTY)



Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

(zadanie A4 i B4)

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole*  *oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	

d) dysfunkcja narządu słuchu Pacjent w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego

tak       nie

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty



Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (zadanie C1)

*- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL            2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego:	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu rąk
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu nóg
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja, jaka?.....
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka)
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej

*Prosimy o wypełnienie także drugiej strony*.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty

3. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:

(proszę zakreślić właściwe pola )

<input type="checkbox"/>	<b>nie wymaga</b> zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
<input type="checkbox"/>	<b>wymaga</b> zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
<input type="checkbox"/>	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
<input type="checkbox"/>	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
<input type="checkbox"/>	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.)
<input type="checkbox"/>	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
<input type="checkbox"/>	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
<input type="checkbox"/>	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
<input type="checkbox"/>	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
<input type="checkbox"/>	w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
<input type="checkbox"/>	inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), <b>jakie:</b>

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....r.  
miejsowość, data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (zadanie C3 i C4)  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Stwierdza się, że schorzenie/niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole** ):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie stopy lub podudzia
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym

Przyczyna amputacji kończyny:  uraz  inna, jaka:

.....  
Aktualny stan procesu chorobowego:  stabilny  niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty





Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....

## ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
(zadanie C5)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę wypełnić obie strony - zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<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 nóg	
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie:.....	

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta charakteryzuje się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	