

Pieczęć wpływu	Wniosek nr .....
----------------	------------------

## WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się  
i technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

#### ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny: dziecka/małoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
<b>Postanowieniem Sądu:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie z dnia:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<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
<b>Do wniosku należy dołączyć kopię dokumentów potwierdzających ustanowienie wnioskodawcy opiekunem prawnym podopiecznego lub kopię pełnomocnictwa upoważniającego do reprezentowania mocodawcy.</b>	

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

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

## ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
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
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

## DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY<sup>1</sup>

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

## ADRES ZAMIESZKANIA PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

<sup>1</sup> osoba upoważniająca inną osobę (pełnomocnika) do działania w swoim imieniu poprzez udzielenie jej pełnomocnictwa

## STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<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
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<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 <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <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
<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

## ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne     wspólne

**Średni miesięczny dochód netto w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł .....**

**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 PFRON:

- nie korzystałem  
 korzystałem

## CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%): (Proszę wskazać koszt zakupu każdego z przedmiotów)	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła dofinansowania:	
Cel dofinansowania:	

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 95% kosztów realizacji zadania. Przewidywany koszt realizacji zadania nie powinien być większy niż suma kwoty wnioskowanej, deklarowanych środków własnych oraz innych źródeł finansowania.

### WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

## OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł dofinansowania

### UWAGA!!

1. Koszty poniesione przed zawarciem umowy nie podlegają dofinansowaniu.
2. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu.

## FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego	

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## Część C – Dane dodatkowe

### 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

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. 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 zostałem/łam poinformowany, że administratorem moich danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Lublinie z siedzibą przy ul. Marii Koryznowej 2d przysługują mi prawa do: dostępu do danych osobowych, uzyskania kopii danych, sprostowania danych oraz ograniczenia przetwarzania; klauzula informacyjna (zgodnie z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 RODO), jest dostępna w formie papierowej w siedzibie Działu ds. osób niepełnosprawnych MOPR przy ul. Zemborzyckiej 88-92 w Lublinie oraz na stronie internetowej [www.mopr.lublin.eu](http://www.mopr.lublin.eu) w zakładce ochrona danych osobowych „klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Lublinie”.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania podanych przeze mnie danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Lublinie.

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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

## WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1.	Uzasadnienie do składanego wniosku (załącznik nr 1 do wniosku)
2.	Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych (załącznik nr 4 do wniosku)
3.	Zaświadczenie lekarskie (załącznik nr 2 do wniosku)
4.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, orzeczenia do celów rentowych lub kopia wypisu z treści orzeczenia
5.	Kopia zaświadczenia lub orzeczenia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej
6.	Kopia pełnomocnictwa w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika
7.	Kopia aktu własności nieruchomości/decyzja o użytkowaniu wieczystym nieruchomości - dotyczy barier architektonicznych
8.	Zgoda właściciela budynku lub lokalu na wykonanie planowanych prac - dotyczy barier architektonicznych (załącznik nr 3 do wniosku)

## UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU ZE WSKAZANIEM POTRZEB WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

1. Proszę uzasadnić potrzebę zakupu wnioskowanego sprzętu w odniesieniu do posiadanej niepełnosprawności. Należy opisać, z jakimi czynnościami ma Pan/Pani problemy z powodu schorzeń będących przyczyną Pana/Pani niepełnosprawności, oraz w jaki sposób wnioskowany sprzęt pozwoli usprawnić/umożliwić wykonywanie tych czynności:

2. Proszę wskazać, w jaki sposób radził/a sobie Pan/Pani przed złożeniem wniosku:

Stan zdrowia pozwala na wychodzenie z domu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Poruszam się poza domem samodzielnie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Mieszkam sam/a. Jeśli nie, proszę wymienić ilość osób i stopień pokrewieństwa	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie ..... .....
Mieszkam z innymi osobami niepełnosprawnymi; Jeśli tak proszę wskazać stopnie i rodzaje niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie ..... .....
Korzystam z pomocy osób drugih (np. rodzina, znajomi, usługi opiekuńcze). Jeśli tak, proszę o wskazanie z jakiej pomocy Pan/Pani korzysta.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie ..... .....
Czy korzysta Pan/Pani z innych (nie wymienionych powyżej) środków pomocniczych / ortopedycznych? Jeśli tak, proszę wskazać jakich?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie ..... .....
Czy Pan/Pani lub osoba wspólnie zamieszkująca kiedykolwiek korzystała z dofinansowania ze środków PFRON do wnioskowanego obecnie sprzętu? Jeśli tak, proszę określić rok uzyskania dofinansowania i wyjaśnić dlaczego ponownie wnioskuje Pan/Pani o taki sam sprzęt:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie ..... ..... .....
Czy Pan/Pani lub osoba wspólnie zamieszkująca posiada aktualnie wnioskowany sprzęt*?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

## UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU

### DOTYCZĄCE WYŁĄCZNIE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH I TECHNICZNYCH

Proszę wskazać właściciela budynku / mieszkania, w którym będzie znajdował się sprzęt lub w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (proszę wskazać osoby będące właścicielami budynku/mieszkania):

Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku/mieszkania (należy podkreślić):

- dom jednorodzinny / wielorodzinny prywatny / wielorodzinny komunalny / blok spółdzielczy / inne, jakie?

- budynek parterowy / piętrowy .....  
(na którym piętrze Pan/Pani mieszka oraz ile pięter ma budynek),

- przybliżony wiek budynku lub rok budowy .....,

- łazienka jest wyposażona w: wannę / brodzik / kabinę prysznicową / umywalkę / muszlę ustępową,

- inne istotne informacje o warunkach mieszkaniowych .....

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



Lublin, dnia .....

.....  
pieczęć placówki ochrony zdrowia

**Zaświadczenie lekarskie**  
**wydane na potrzeby Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Lublinie**  
(załącznik do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych/w komunikowaniu się/ architektonicznych)

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL

.....

adres zamieszkania: .....

1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

.....

.....

.....

.....

2. Potrzeby pacjenta w zakresie likwidacji barier wynikających z niepełnosprawności:

.....

.....

.....

.....

3. Rodzaj sprzętu (z uwzględnieniem informacji, w jaki sposób sprzęt ułatwi lub umożliwi pacjentowi wykonywanie codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem):

.....

.....

.....

.....

.....  
pieczęć i podpis lekarza

**OŚWIADCZENIE WŁAŚCICIELA/WSPÓŁWŁAŚCICIELA NIERUCHOMOŚCI  
(dotyczy likwidacji barier architektonicznych)**

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie: .....

Jako właściciel/współwłaściciel<sup>1</sup> lokalu/mieszkania/budynku przy ul. .... w Lublinie,  
wyrażam zgodę na wykonanie prac adaptacyjnych w postaci: .....

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

w celu likwidacji barier architektonicznych na rzecz Pana/Pani .....  
pod wyżej wskazanym adresem.

.....  
(czytelny podpis)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**  
**dotycząca przetwarzania danych osobowych**  
**W MIEJSKIM OŚRODKU POMOCY RODZINIE W LUBLINIE**  
**w celu realizacji zadań powiatu finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób**  
**Niepełnosprawnych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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) (Dz.Urz. UE L. Nr 119 z 4.05.2016 str. 1, z późn. zm.) - zwanego dalej „RODO”, informujemy Panią/Pana o sposobie i celu w jakim przetwarzamy dane osobowe Pani/Pana oraz innych osób, których przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do do realizacji zadań powiatu finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, a także o przysługujących Pani/Panu i innym osobom prawach wynikających z regulacji o ochronie danych osobowych:

<b>TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA</b>	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Lublinie reprezentowany przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Lublinie.
<b>DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA</b>	adres: ul. Marii Koryznowej 2d, 20-137 Lublin telefon: 081 466 53 00 email: <a href="mailto:centrum@mopr.lublin.eu">centrum@mopr.lublin.eu</a>
<b>INSPEKTOR OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH</b>	W Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Lublinie został wyznaczony Inspektor ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz korzystania z przysługujących Pani/Panu praw związanych z przetwarzaniem danych. Z Inspektorem ochrony danych można się kontaktować pisemnie na adres: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mail: <a href="mailto:inspektorochronydanych@mopr.lublin.eu">inspektorochronydanych@mopr.lublin.eu</a></li> <li>2. ul. Marii Koryznowej 2d, 20-137 Lublin</li> </ol>
<b>CELE PRZETWARZANIA ORAZ PODSTAWA PRAWNA</b>	Dane osobowe Pani/Pana i innych osób (osób niepełnosprawnych, dla których jest Pani/Pan przedstawicielem ustawowym/ opiekunem/ kuratorem/ pełnomocnikiem) oraz osób, z którymi osoba niepełnosprawna pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zadań powiatu realizowanych przez Miasto Lublin – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Lublinie. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, dane osobowe zawarte we wniosku i w załącznikach do niego będą przetwarzane w celu udzielenia dofinansowania, zawarcia umowy oraz w celu archiwalnym. W przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku, dane osobowe zawarte we wniosku i w załącznikach do niego będą przetwarzane w celu archiwalnym. Podstawę prawną przetwarzania danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Lublinie zawartych we wniosku o dofinansowanie, załącznikach do wniosku lub umowie stanowi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. art. 6 ust. 1 lit. b RODO (tj. niezbędność do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy);</li> <li>2. art. 6 ust. 1 lit. c RODO (tj. niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze);</li> <li>3. art. 6 ust. 1 lit. e RODO (tj. niezbędność do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi);</li> <li>4. art. 9 ust. 2 lit. b RODO (tj. niezbędność do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państw członkowskich, lub porozumieniem zbiorowym na mocy prawa państwa członkowskiego przewidującymi odpowiednie zabezpieczenia praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą);</li> <li>5. art. 9 ust. 2 lit. c RODO (tj. niezbędność do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej a osoba, której dane dotyczą, jest fizycznie lub prawnie niezdolna do wyrażenia zgody);</li> <li>6. art. 9 ust. 2 lit. g RODO (tj. niezbędność ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie</li> </ol>

	<p>i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, których dane dotyczą);</p> <p>7. art. 35a ust. 2 pkt 1, art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;</p> <p>8. § 1, § 5, § 11 i § 14 rozporządzenia 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;</p> <p>9. art. 14 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego;</p> <p>10. art. 5 i art. 6 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.</p>
<b>PRZEKAZYWANIE DANYCH</b>	Pani/Pana dane nie trafią poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein, Islandię).
<b>ODBIORCY DANYCH</b>	Dane osobowe mogą być przekazane wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania przepisami prawa, podmiotom z którymi Administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych na świadczenie usług serwisowych dla systemów informatycznych wykorzystywanych przy przetwarzaniu (Tylda Sp. z o.o. ul. Marszałka J. Piłsudskiego 1/17, 37-200 Przeworsk) oraz na podstawie porozumienia dot. przetwarzania danych osobowych w sprawie wspólnej obsługi organizacyjno - administracyjnej jednostek organizacyjnych Gminy Lublin zaliczanych do sektora finansów publicznych do Urzędu Miasta Lublin.
<b>OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH</b>	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie będzie przechowywać Pani/Pana dane osobowe do momentu realizacji wyżej wskazanego celu udzielenia dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, a następnie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności ze względu na cele archiwalne w interesie publicznym, cele badań naukowych lub historycznych lub cele statystyczne – BE10 tj. 10 lat począwszy od 1 stycznia roku następnego od daty załatwienia sprawy. Po tym okresie dane podlegają ekspertyzie archiwalnej przeprowadzonej przez Archiwum Państwowe. W zależności od decyzji archiwum państwowego okres wykorzystania danych w celu archiwalnym zostanie przedłużony lub dane zostaną usunięte.
<b>PRZYSŁUGUJĄCE PRAWA</b>	<p>W związku z przetwarzaniem danych osobowych Pani/Pana i innych osób, przysługują Pani/Panu następujące prawa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. prawo dostępu do danych osobowych oraz otrzymania ich kopii – art. 15 RODO;</li> <li>2. prawo żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – art. 16 RODO;</li> <li>3. prawo żądania usunięcia danych osobowych w przypadkach określonych w art. 17 RODO;</li> <li>4. prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadkach określonych w art. 18 RODO;</li> <li>5. prawo do przenoszenia danych art. 20 RODO;</li> <li>6. prawo do wyrażenia sprzeciwu art. 21 RODO;</li> </ol>
<b>PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO URZĘDU OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH</b>	Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
<b>PODANIE DANYCH</b>	Podanie danych osobowych jest obowiązkowe, odmowa ich podania spowoduje brak możliwości rozpatrywania wniosku, uniemożliwi przyznanie dofinansowania lub/i zawarcie umowy.
<b>ZAUTOMATYZOWANIE I PROFILOWANIE DANYCH</b>	Pani/Pana dane nie będą podlegać automatycznym sposobom przetwarzania danych opierających się na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym nie będą podlegać profilowaniu.

Zapoznałam/łem się z klauzulą informacyjną

.....  
(data i podpis)

Zobowiązuję się do udostępnienia niniejszej klauzuli informacyjnej wszystkim osobom, których dane są chronione, a ich podanie było niezbędne do uzyskania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....  
data i podpis osoby składającej oświadczenie