

.....
Data wpływu wniosku.....
Nr sprawy

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KUTNIE UL. KRZYWOUSTEGO 11

tel: (24) 361-68-15 (24) 361-68-14 e-mail: rehabilitacja@pcprkutno.pl

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
DO LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH
W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

1. Informacje o Wnioskodawcy/ dziecku / podopiecznym będącym osobą niepełnosprawną
- należy wypełnić wszystkie pola we wniosku oraz właściwe zaznaczyć

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY	
<p>Imię.....Nazwisko.....</p> <p>Data urodzeniar. Dowód osobisty seria.....numer.....</p> <p>wydany w dniu.....r. przez.....</p> <p>PESEL <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> NIP <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Wnioskodawca osobiście <input type="checkbox"/> rodzic dziecka <input type="checkbox"/> opiekun prawny dziecka <input type="checkbox"/> opiekun prawny podopiecznego</p>	
<p style="text-align: center;">MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/><input type="text"/> - <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> (poczta)</p> <p>Miejscowość</p> <p>ulica</p> <p>Nr domu Nr m. Powiat</p> <p>Województwo</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś</p>	<p style="text-align: center;">ADRES ZAMELDOWANIA</p> <p>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/><input type="text"/> - <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> (poczta)</p> <p>Miejscowość</p> <p>ulica</p> <p>Nr domu Nr m.</p> <p>Województwo</p>
<p>Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....</p> <p>e'mail (o ile dotyczy):</p>	
<p>Nazwa banku i nr rachunku bankowego</p>	

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

DANE PERSONALNE

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:..... r.

PESEL

NIP

Pełnoletni: tak nie

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy -

(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr m.

Powiat

Województwo

miasto

wieś

2. STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY /DZIECKA / PODOPIECZNEGO

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji

znaczny stopień

I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy

umiarkowany stopień

II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do pracy

lekki stopień

III grupa inwalidzka

ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)

Ww. dokument jest ważny: okresowo do bezterminowo

3. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO WYNIKAJĄCY Z ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

NARZĄD RUCHU, w zakresie:

obu kończyn dolnych

jednej kończyny dolnej

z koniecznością porusza się przy pomocy

wózka inwalidzkiego

kul

INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU

NARZĄD WZROKU, w zakresie:

osoba niewidoma

osoba niedowidząca

NARZĄD SŁUCHU, w zakresie:

osoba niesłysząca

osoba niedosłysząca

INNA DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU I MOWY.....

DEFICYT ROZWOJOWY (jaki?).....

CHOROBA PSYCHICZNA (jaka?)

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności utrudniające poruszanie się

4. ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO

podstawowe

gimnazjalne

zawodowe

średnie ogólne

średnie zawodowe

policealne

wyższe

inne, jakie:

5. DODATKOWE KWALIFIKACJE WNIOSKODAWCY/DZIECKA/ PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> prawo jazdy	<input type="checkbox"/> obsługa urządzeń biurowych
<input type="checkbox"/> znajomość języków obcych	<input type="checkbox"/> inne, jakie:.....
<input type="checkbox"/> obsługa komputera	
wykonywane zawody	

6. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> zatrudniony	<input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy	<input type="checkbox"/> osoba powyżej 18 lat ucząca się
<input type="checkbox"/> prowadzący działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> rencista	<input type="checkbox"/> dzieci i młodzież do lat 18
<input type="checkbox"/> bezrobotny	<input type="checkbox"/> emeryt	<input type="checkbox"/> inne, jakie:

7. WNIOSKODAWCA/DZIECKO/PODOPIECZNY zamieszkuje

<input type="checkbox"/> samotnie	<input type="checkbox"/> z rodziną	<input type="checkbox"/> z osobami niespokrewnionymi
czy wspólnie z wnioskodawcą /dzieckiem /podopiecznym zamieszkują inne osoby niepełnosprawne :		
<input type="checkbox"/> tak, proszę podać ilość osób i stopień niepełnosprawności		
<input type="checkbox"/> nie		

8. SYTUACJA MIESZKANIOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO – opis budynku lub mieszkania w którym zamieszkują

<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny	<input type="checkbox"/> dom wielorodzinny prywatny	<input type="checkbox"/> dom wielorodzinny komunalny
<input type="checkbox"/> dom wielorodzinny spółdzielczy	<input type="checkbox"/> mieszkanie w bloku	<input type="checkbox"/> inne, jakie:.....
<input type="checkbox"/> budynek parterowy	<input type="checkbox"/> budynek piętrowy	<input type="checkbox"/> mieszkanie napiętrze

Opis budynku /mieszkania

Powierzchniam ²	Liczba pomieszczeń.....
<input type="checkbox"/> z kuchnią	<input type="checkbox"/> bez kuchni <input type="checkbox"/> z łazienką
<input type="checkbox"/> bez łazienki	<input type="checkbox"/> z wc <input type="checkbox"/> bez wc
Łazienka wyposażona jest w :	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> umywalkę <input type="checkbox"/> prysznic z brodzikiem
Budynek / mieszkanie wyposażone jest w :	
<input type="checkbox"/> instalację wody zimnej <input type="checkbox"/> instalację wody ciepłej	
<input type="checkbox"/> kanalizację	
<input type="checkbox"/> ogrzewanie podać rodzaj ogrzewania	

9. TYTUŁ PRAWNY DO BUDYNKU LUB LOKALU WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> własność | <input type="checkbox"/> współwłasność | <input type="checkbox"/> użytkowanie wieczyste |
| <input type="checkbox"/> najem | <input type="checkbox"/> dzierżawa | <input type="checkbox"/> przydział lokalu |
| <input type="checkbox"/> inne, jakie | | |

10. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

.....
.....

11. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA (proszę wpisać adres)

.....

12. TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA

.....

13. WYKAZ BARIER, UTRUDNIEŃ WYSTĘPUJĄCYCH W MIESZKANIU, DOMU LUB JEGO NAJBLIŻSZYM OTOCZENIU DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ ZLIKWIDOWANE W RAMACH DOFINANSOWANIA

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

15. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIAW ZŁ. (nie więcej niż 95% kosztów zadania) słownie :

16. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca/ dziecko/ podopieczny lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku) ze środków PFRON, tak nie

<i>Cel</i> (nazwa programu i/ lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	<i>Numer i data zawarcia umowy</i>	<i>Termin rozliczenia</i>	<i>Kwota przyznana (w zł)</i>	<i>Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)</i>
Razem uzyskane dofinansowanie:				

17. CZY WNIOSKODAWCA BYŁ STRONĄ UMOWY O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON I UMOWA TA ZOSTAŁA ROZWIĄZANA Z PRZYCZYN LEŻĄCYCH PO STRONIE WNIOSKODAWCY

tak, podać datę nie

18. CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON

tak, podać rodzaj i wysokość w zł. wymagalnego zobowiązania nie

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

19. CZY PLANOWANE DO REALIZACJI ZADANIE BĘDZIE FINANSOWANE Z INNYCH ŹRÓDEŁ NIŻ PFRON (np. sponsor, GOPS, MOPS)

tak, podać wysokość dofinansowania..... nie

20. UZASADNIENIE CELU DOFINANSOWANIA (wpisać informacje uzasadniające ubieganie się o dofinansowanie oraz cel jakiemu ono będzie służyć)

21. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:.....

Liczba osób ze wspólnym gospodarstwem domowym wraz z Wnioskodawcą:.....

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie 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. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego), według wzoru: $[(2.715\text{zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

Do dochodu **wlicza się**, m.in. przychody podlegające opodatkowaniu, dochód z działalności gospodarczej / rolniczej, renty, emerytury, zasiłki chorobowe, alimenty na rzecz dzieci, stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego, świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora, zaliczkę alimentacyjną

Do dochodu **nie wlicza się** zasiłków z pomocy społecznej, takich jak zasiłek rodzinny, zasiłek pielęgnacyjny, zasiłek okresowy, zasiłek stały.

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

Zgodnie z art.75 KPA, uprzedzony/ a o odpowiedzialności karnej z art.233 KK za fałszywe zeznanie, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

22. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

L.p.	Nazwa załącznika	załączono	uzupełniono
1.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu)		
2.	Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wraz z Wnioskodawcą w przypadku takich osób (oryginał do wglądu)		
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie wypełnione przez lekarza specjalistę (<u>wypisane czytelnie i w języku polskim</u>) informujące o rodzaju niepełnosprawności, stanie zdrowia wraz z informacją o występujących trudnościach poruszaniu się – nie starsze niż 3 miesiące – sporządzone wg wzoru stanowiącego załącznik do wniosku.		
4.	Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy		
5.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się		
6.	Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego bądź dodatku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania (oryginał do wglądu)		
7.	Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeżeli taki występują (oryginał do wglądu)		
8.	Kopia aktu własności nieruchomości bądź kopia aktualnego wyciągu z ksiąg wieczystych potwierdzających własność budynku bądź kopia umowy najmu lokalu mieszkalnego (oryginał do wglądu)		
9.	Zgoda właściciela nieruchomości		
10.	Kosztorys wstępny		
11.	Szkiec budynku bądź pomieszczenia przeznaczanego do adaptacji		

Oświadczam, że :

- 1) 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 (odpowiedzialność karna przewidziana w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego),
- 2) posiadam środki własne na pokrycie wkładu własnego będącego uzupełnieniem dofinansowania,
- 3) jestem / nie jestem płatnikiem VAT (niepotrzebne skreślić),
- 4) w przypadku zmiany danych podanych we wniosku zobowiązuje się niezwłocznie o tym fakcie powiadomić PCPR ,
- 5) przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania,
- 6) przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie,
- 7) przyjmuję do wiadomości, że w przypadku znacznego niedoboru środków PFRON w stosunku do istniejących potrzeb procent dofinansowania określony jako maksymalny 95%, może zostać obniżony.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę we wniosku informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU - WYPEŁNIA PCPR

Wniosek złożono w dniu.....

Brakujące dokumenty : nr.....

Wezwanie do uzupełnienia : wysłano.....odebrano.....Wniosek uzupełniono dnia :.....

Wniosku nie uzupełniono w terminiew związku z tym pozostanie bez rozpatrzenia.

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca/ dziecko/ podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z katalogiem	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Wysokość wnioskowanej kwoty dofinansowania jest zgodna z przepisami	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Deklarowany przez Wnioskodawcę udział własny spełnia warunki określone w przepisach	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
8	Wniosek jednorazowo uzupełniony we wskazanym terminie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
9	Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku:

...../...../ .202.....r.

Weryfikacja formalna wniosku: **pozytywna**

negatywna

*pieczętka imienna pracownika PCPR
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:

**Notatka z wizji lokalnej przeprowadzonej w dniuw miejscu zamieszkania
Wnioskodawcy**

W trakcie przeprowadzonej wizji lokalnej stwierdzono, że

W trakcie wizji ustalono z Wnioskodawcą zakres prac koniecznych do wykonania :

Podpis Wnioskodawcy

podpisy pracowników PCPR biorących udział w wizji

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KOMISJI DO SPRAW ROZPATRYWANIA WNIOSKÓW

pozytywna:

negatywna:

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI zł,%

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

Podpisy członków Komisji

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

.....

(protokół sporządził podpis)

Klauzula informacyjna dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kutnie dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 **RODO*** informuję:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kutnie, reprezentowane przez Dyrektora

Siedziba: 99-300 Kutno, ul. Krzywoustego 11, Regon: 472200940

Kontakt: tel: **24/ 355-47-50**, e-mail: sekretariat@pcprkutno.pl

2. Z Inspektorem ochrony danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kutnie można skontaktować się za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: ido@pcprkutno.pl , lub listownie na powyżej wskazany adres z dopiskiem „Inspektor ochrony danych”.
3. Zbierane dane osobowe są przetwarzane zgodnie z RODO - w celu realizacji zadań określonych przepisami prawa i nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa.
4. Podstawą prawną przetwarzania Pana/ Pani danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO – wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.
5. **Celem przetwarzania Pana/Pani danych osobowych jest dofinansowanie zadań z zakresu rehabilitacji społecznej**, tj. realizacja zadań wynikających z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
6. Obowiązujące przepisy prawa wskazują w jakich przypadkach konieczne jest podawanie danych osobowych. W pozostałych przypadkach podawanie danych osobowych ma charakter dobrowolny.
7. Dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie przez okres niezbędny do zrealizowania zadania/ uprawnienia wynikającego z ustawy wskazanej w pkt. 5 oraz przez okres wskazany w przepisach o archiwizowaniu danych; po tym okresie dane osobowe mogą być usuwane – na podstawie przepisów prawa.

W przypadku w/w dokumentacji kat.archiwalna B10.

8. Przewidywani odbiorcy danych:
 - a) upoważnieni pracownicy Administratora,
 - b) podmioty przetwarzające, które świadczą usługi na rzecz Administratora np. w zakresie obsługi informatycznej lub obsługi prawnej,
 - c) apteki,
 - d) sklepy medyczne,
 - e) szkoły
 - f) ośrodki realizujące usługi w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych,
 - g) ZUS,
 - h) Urząd skarbowy,
 - i) instytucje nadzorujące,
 - j) ośrodki pomocy społecznej,
 - k) PCPR.
9. Każda osoba, ma prawo do:
 - a) żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania,
 - b) otrzymania kopii na zasadach wskazanych w art. 15 ust 3 i 4 RODO,
 - c) prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa,
 - d) ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych - chyba że przepisy prawa sprzeciwiają się temu,

- e) wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli stwierdzi, że przetwarzanie w naszym urzędzie narusza przepisy prawa.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania.
 11. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
 12. Pana/Pani dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Zapoznałem/am się z powyższą klauzulą

(data, podpis)

****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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)***