

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## WNIOSEK

### osoby niepełnosprawnej o przyznanie środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej

Nazwa pola	Wartość
<b>Podstawa prawna:</b>	Art. 12a ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.).
<b>Składający:</b>	Osoba niepełnosprawna ubiegająca się o środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej.
<b>Adresat:</b>	Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.

## DANE O WNIOSKU

Ten wniosek składa się, aby otrzymać środki na rozpoczęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo działalności w formie spółdzielni socjalnej.

Starosta przyznaje środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „PFRON”, na ten cel na podstawie umowy, zgodnie z art.

12a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. Wniosek składa się przed zawarciem umowy przyznającej te środki.

O środki może wnioskować osoba, której niepełnosprawność potwierdza co najmniej jedno z orzeczeń wymienionych w ustawie. Osoba ta w dniu złożenia wniosku powinna być zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy, zwanym dalej „PUP”, jako bezrobotna lub poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu. Należy złożyć oświadczenia wstawiając znak „x” w poniższych polach wyboru opisujących sytuację Wnioskodawcy.

Nazwa pola	Wartość
<b>Rodzaj wnioskodawcy:</b>	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP <input type="checkbox"/> Osoba poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu zarejestrowana w PUP
Wniosek Wn-O składa się do starosty właściwego ze względu na miejsce zarejestrowania Wnioskodawcy w tym PUP.	
<b>Rodzaj Wniosku:</b>	<input type="checkbox"/> Zwykły <input type="checkbox"/> Korygujący
<b>Złożenie wniosku w innym PUP:</b>	<input type="checkbox"/> Wniosek zwykły nie został złożony w innym PUP <input type="checkbox"/> Wniosek zwykły został złożony w innym PUP

<b>Informacja o wszystkich PUP, w których został złożony wniosek zwykły</b>	
Wniosek Wn-O może złożyć osoba, która nie otrzymała bezzwrotnych środków na cel, na który mają zostać przeznaczone środki, których dotyczy ten wniosek. Należy złożyć oświadczenie wstawiając znak „x” w poniższych polach wyboru opisujących sytuację Wnioskodawcy.	
<b>Informacja o otrzymaniu bezzwrotnych środków na cel, na który mają zostać przeznaczone środki, których dotyczy ten wniosek</b>	<input type="checkbox"/> Wnioskodawca nie otrzymał bezzwrotnych środków <input type="checkbox"/> Wnioskodawca otrzymał bezzwrotne środki na podjęcie działalności gospodarczej <input type="checkbox"/> Wnioskodawca otrzymał bezzwrotne środki na podjęcie działalności rolniczej <input type="checkbox"/> Wnioskodawca otrzymał bezzwrotne środki na podjęcie działalności w formie spółdzielni socjalnej lub na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej

## DANE WNIOSKODAWCY

### A. DANE I ADRES ZAMIESZKANIA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Nazwisko:	
Pesel:	
Rodzaj dokumentu tożsamości:	
Seria i numer dokumentu tożsamości:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Identyfikator adresu:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś

**B. DANE KONTAKTOWE WNIOSKODAWCY**
☐ Adres do korespondencji taki sam jak wnioskodawcy

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Telefon:	
Faks:	
E-mail:	

**C. DODATKOWE INFORMACJE**

Nazwa pola	Wartość
Nazwa banku:	
Numer rachunku bankowego:	

**D. ZAKRES WNIOSKU**

Środki, których dotyczy wniosek Wn-O, mogą zostać przyznane na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo działalności w formie spółdzielni socjalnej w kwocie:

1) nie wyższej niż 6-krotność przeciętnego wynagrodzenia, w przypadku zobowiązania do prowadzenia tej działalności lub członkostwa w spółdzielni socjalnej przez okres co najmniej 12 miesięcy,

2) wynoszącej od 6-krotności do 15-krotności przeciętnego wynagrodzenia, w przypadku zobowiązania do prowadzenia działalności lub członkostwa w spółdzielni socjalnej nieprzerwanie przez okres co najmniej 24 miesięcy.

Nazwa pola	Wartość
Przeciętne wynagrodzenie w miesiącu złożenia wniosku:	
Zobowiązuję się do:	

<b>Nieprzerwanie co najmniej przez następującą liczbę miesięcy:</b>	
---	--

## NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

### STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
<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"/> 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
<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

## WSTĘPNE INFORMACJE O PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

### A. RODZAJ I FORMA PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

Środki, których dotyczy wniosek, mogą zostać przyznane na podjęcie działalności w formie spółdzielni socjalnej lub działalności gospodarczej (w dowolnej formie) lub działalności rolniczej (w dowolnej formie). Proszę wybrać rodzaj działalności, a w przypadku wybrania działalności gospodarczej lub rolniczej proszę wpisać kod szczególnej formy prawnej.

Nazwa pola	Wartość
<b>Przeznaczenie wnioskowanej kwoty dofinansowania:</b>	<input type="checkbox"/> działalność w formie spółdzielni socjalnej <input type="checkbox"/> założenie spółdzielni socjalnej <input type="checkbox"/> nabycie członkostwa w spółdzielni socjalnej <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza <input type="checkbox"/> samodzielna <input type="checkbox"/> wspólnie z innymi osobami lub podmiotami <input type="checkbox"/> w wyniku przystąpienia do działalności gospodarczej lub rolniczej prowadzonej przez inne osoby lub podmioty <input type="checkbox"/> działalność rolnicza <input type="checkbox"/> samodzielna <input type="checkbox"/> wspólnie z innymi osobami lub podmiotami <input type="checkbox"/> w wyniku przystąpienia do działalności gospodarczej lub rolniczej prowadzonej przez inne osoby lub podmioty
<b>Forma działalności – kod szczególnej formy prawnej:</b>	
<b>Działalność będzie prowadzona:</b>	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> wraz z innymi osobami lub podmiotami
<b>Uzasadnienie wyboru:</b>	

<b>Czy podjęcie planowanej działalności będzie oznaczało powstanie nowej działalności gospodarczej, rolniczej albo spółdzielni socjalnej?</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Uzasadnienie wyboru i dane o działalności, do której wnioskodawca zamierza dołączyć podejmując planowaną działalność (w tym nazwę, adres i datę rozpoczęcia działalności):</b>	

Do wniosku należy załączyć dokument potwierdzający wolę przyjęcia wnioskodawcy do działalności prowadzonej przez inne osoby lub podmioty (np. list intencyjny, umowę przedwstępną lub uchwałę spółdzielni socjalnej).

#### B. PRZEDMIOT PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
<b>Działalność, której dotyczy wniosek, będzie polegać na:</b>	
<b>PKD dla wiodącej planowanej działalności:</b>	
<b>Prowadzenie działalności:</b>	<input type="checkbox"/> nie wymaga <input type="checkbox"/> wymaga uzyskania pozwoleń, zaświadczeń, zezwoleń, certyfikatów, koncesji lub licencji.
<b>Zakres wymaganych pozwoleń, zaświadczeń, zezwoleń, certyfikatów, koncesji lub licencji:</b>	
<b>Status wymaganych pozwoleń, zaświadczeń, zezwoleń, certyfikatów, koncesji lub licencji:</b>	<input type="checkbox"/> są w posiadaniu wnioskodawcy <input type="checkbox"/> nie są w posiadaniu wnioskodawcy
<b>Termin uzyskania wymaganych pozwoleń:</b>	
<b>Prowadzenie działalności:</b>	<input type="checkbox"/> nie wymaga <input type="checkbox"/> wymaga spełnienia szczególnych warunków wynikających z przepisów prawa

<b>Zakres spełnienia szczegółowych warunków wynikających z przepisów prawa:</b>	
---	--

**C. OBSZARY PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI**

<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<b>Zasięg i sposób wykonywania planowanej działalności (na jakim obszarze będą oferowane produkty lub usługi, a także, czy będą one oferowane w ramach sprzedaży internetowej):</b>	

**D. LOKALIZACJA**

<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<b>Planowane miejsce prowadzenia działalności (adres, jeżeli znany jest Wnioskodawcy lub orientacyjna lokalizacja np. dzielnica, ulica, zespół obiektów handlowych itp.) oraz uzasadnienie wyboru.</b>	

**KLIENCI I DYSTRYBUCJA****E. KLIENCI**

<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<b>Do kogo będzie kierowana oferta planowanej działalności? Należy uwzględnić m.in. cechy grupy docelowej klientów, ich szacunkową liczbę:</b>	

<b>Czy wnioskodawca ma doświadczenia we współpracy z niektórymi spośród potencjalnych klientów? Opis warunków współpracy, przydatnej w planowanej działalności. Ocena szansy na kontynuację współpracy.?</b>	
<b>Opis czynności podjętych przed dniem złożenia wniosku, które pozwolą na zapewnienie klientów (wymiana listów intencyjnych, zawarcie umów przedwstępnych dotyczących współpracy lub sprzedaży, oświadczenia o współpracy z przyszłymi klientami):</b>	
<b>Plan dotarcia do potencjalnych klientów ze swoją ofertą, opis sposobu reklamowania planowanej działalności:</b>	
Należy uwzględnić także sposób prowadzenia kampanii informacyjnej dla klientów, reklamę zarówno tradycyjną, jak i elektroniczną, nośniki reklamy, wykorzystane formy promocji i informacji, w tym w mediach społecznościowych. Proszę opisać rodzaje działań, które zamierza Pani/Pan podjąć, zakładany termin realizacji, koszt i rezultat działania:	



<b>Opis czynności pozwalających na zapoznanie potencjalnych klientów z ofertą planowanej działalności zostały wykonanych przed dniem złożenia wniosku (np. rozpoznanie rynku, listy intencyjne, umowy przedwstępne zawarte pod warunkiem otrzymania wnioskowanych środków, oświadczenie o współpracy, zapewnienie dostępu do sieci, rozpoznanie rynku sklepów internetowych, stron internetowych)?</b>	
--	--

Jeżeli niektórych z tych czynności dokonano na piśmie, należy załączyć dokumenty potwierdzające dokonanie tych czynności.

#### F . DYSTRYBUCJA

Nazwa pola	Wartość
<b>Opis sposobu sprzedawania oferowanych przez dóbr (np. usługi i produkty), uzasadnienie wyboru, warunki dystrybucji, oszacowanie stosowanych ceny itp.</b>	

<b>Opis czynności podjętych przed dniem złożenia wniosku, które pozwolą na zapewnienie dystrybucji (wymiana listów intencyjnych, zawarcie umów przedwstępnych dotyczących współpracy lub sprzedaży, oświadczenia o współpracy z przyszłymi dostawcami i kontrahentami).</b>	
---	--

### ZAKRES CZYNNOŚCI, UPRAWNIENIA

#### A. ZAKRES CZYNNOŚCI, UPRAWNIENIA, KWALIFIKACJE, DOŚWIADCZENIE I UMIEJĘTNOŚCI

Wnioskodawca powinien uprawdopodobnić, że wie, jakie typowe czynności będą wykonywane w ramach działalności, na którą mają zostać przeznaczone środki, których dotyczy wniosek Wn- O.

Nazwa pola	Wartość
<b>Prowadzenie działalności będzie wymagało korzystania z pomocy innych osób :</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Opis czynności związane z planowaną działalnością wykonywanych osobiście:</b>	
<b>Czy niektóre z wymienionych czynności wymagają specjalnych uprawnień zawodowych?</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Zakres:</b>	
<b>Czy wnioskodawca posiada wymagane uprawnienia zawodowe?</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Jeżeli nie, to jak zostanie rozwiązany ten problem?</b>	

<b>Wykształcenie wnioskodawcy (nazwy szkół, profil, zawód, specjalność, tytuły zawodowe lub naukowe, wykształcenie uzupełniające):</b>	
<b>Posiadane wykształcenie:</b>	<input type="checkbox"/> będzie <input type="checkbox"/> nie będzie przydatne do wykonywania czynności, które będę wykonywać osobiście
<b>Uzasadnienie:</b>	
Do wniosku należy załączyć dokumenty potwierdzające rodzaj i poziom wykształcenia w przydatnym zakresie.	
<b>Czy wnioskodawca ukończył kursy lub szkolenia przydatne w wykonywaniu wspomnianych czynności?</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Jeżeli tak, to jakie:</b>	
Do wniosku należy załączyć zaświadczenia ukończenia szkolenia lub kursu:	
<b>Zatrudnienie:</b>	<input type="checkbox"/> nigdy nie zatrudniony <input type="checkbox"/> w przeszłości zatrudniony
<b>Okres ostatniego zatrudnienia od:</b>	
<b>Do:</b>	
<b>Czy czynności wykonywane wcześniej w pracy będą przydatne w planowanej działalności?</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Jeżeli tak, to w jaki sposób:</b>	
<b>Czy wnioskodawca ma doświadczenie lub umiejętności przydatne do wykonywania czynności w planowanej działalności?</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

<b>Jeżeli tak, to jakie. Należy uwzględnić nie tylko doświadczenie życiowe, ale również doświadczenia z okresu zatrudnienia (w ramach stosunku pracy, pracy nakładczej, służby, wykonywania umów cywilnych, wolontariatu, udziału w programach społecznych, pomocy innym osobom w prowadzeniu działalności, itd.).</b>	
<b>Działalność prowadzona w przeszłości:</b>	<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza <input type="checkbox"/> działalność rolnicza <input type="checkbox"/> działalność w formie spółdzielni socjalnej <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Po raz ostatni w okresie od:</b>	
<b>do:</b>	
<b>Opis przedmiotu działalności, forma prowadzona, powód zaprzestania:</b>	
<b>Jakie czynności związane z planowaną działalnością będą wykonywać inne osoby? Czy powinny w związku z tym posiadać odpowiednie uprawnienia, kwalifikacje doświadczenie i umiejętności? Jeśli tak, to jakie?</b>	

## ZABEZPIECZENIE ZWROTU ŚRODKÓW

### A. ZABEZPIECZENIE ZWROTU ŚRODKÓW

Środki, których dotyczy wniosek Wn-O, są przyznawane na podstawie umowy zawartej ze starostą. Jeżeli wnioskodawca naruszy warunki umowy, będzie zobowiązany do zwrotu środków w kwocie proporcjonalnej do okresu pozostałego do zakończenia okresu, na który została zawarta umowa, wraz z odsetkami naliczonymi jak od zaległości podatkowych. Zwrot może zostać

zabezpieczony którąkolwiek z poniżej wymienionych form zabezpieczenia. Wnioskodawca może wybrać jedną lub wiele form zabezpieczenia. Należy złożyć oświadczenie o proponowanej formie zabezpieczenia zwrotu. W przypadku wybrania wielu form zabezpieczenia należy uzupełnić kwoty, których ma dotyczyć zabezpieczenie.

Nazwa pola	Wartość
<b>Formy zabezpieczenia zwrotu środków:</b>	<input type="checkbox"/> poręczenie <input type="checkbox"/> poręczenie spółdzielni socjalnej <input type="checkbox"/> weksel z poręczeniem wekslowym (awal) <input type="checkbox"/> gwarancja bankowa <input type="checkbox"/> zastaw na prawach lub rzeczach <input type="checkbox"/> blokada rachunku bankowego <input type="checkbox"/> akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika <input type="checkbox"/> hipoteka <input type="checkbox"/> przelew wierzytelności na zabezpieczenie <input type="checkbox"/> blokada rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo – kredytowej
<b>Uwagi dotyczące zabezpieczenia zwrotu środków:</b>	

**INFORMACJE O PLANOWANYCH WYDATKACH I ICH FINANSOWANIU Z  
WNIOSKOWANYCH ŚRODKÓW  
A. PODSUMOWANIE**

Nazwa pola	Wartość
<b>Łączny koszt podjęcia planowanej działalności:</b>	
<b>Z własnych środków sfinansowano wydatki w łącznej kwocie:</b>	
<b>Z własnych środków zostaną sfinansowane wydatki w łącznej kwocie:</b>	
<b>Z innych źródeł sfinansowano wydatki w łącznej kwocie:</b>	
<b>Z innych źródeł sfinansowano zostaną sfinansowane wydatki w łącznej kwocie:</b>	

**Należy wymienić inne źródła finansowania:**

## B. INFORMACJE O PLANOWANYCH WYDATKACH I ICH FINANSOWANIU Z WNIOSKOWANYCH ŚRODKÓW

Typ wydatku	Rodzaj wydatku do sfinansowania w części lub całości ze środków, których dotyczy wniosek	Stan przedmiotu wydatku	Planowana data dokonania wydatku	Wartość jednostkowa	Liczba jednostek	Kwota wydatku ogółem	Pomniejszenia	Kwota wydatku do sfinansowania z wnioskowanych środków

## OŚWIADCZENIA

1. Dane wykazane we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Nazwa pola	Wartość
<b>2. Sytuacja majątkowa:</b>	<input type="checkbox"/> nie pozostaję w związku małżeńskim <input type="checkbox"/> pozostaję w ustawowej majątkowej wspólności małżeńskiej <input type="checkbox"/> posiadam rozdzielność majątkową
<b>Imię i nazwisko osoby, z którą posiadam rozdzielność majątkową:</b>	
<b>3. Zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON:</b>	<input type="checkbox"/> posiadam <input type="checkbox"/> nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON
<b>4. Inne zaległości</b>	<input type="checkbox"/> zalegam <input type="checkbox"/> nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i innych danin publicznych
<b>5. Oświadczenie RODO</b>	<input type="checkbox"/> Oświadczam że zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

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

Tożsamość administratora

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

Dane kontaktowe administratora

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

#### Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

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

#### Cele przetwarzania

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

#### Podstawa prawna przetwarzania

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

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

#### Okres, przez który dane będą przechowywane

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

#### Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

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

#### Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

#### Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

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

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

<i>Data złożenia wniosku</i>	<i>Podpis</i>



**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

<b>Lp.</b>	<b>Plik</b>

**UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

<b>Lp.</b>	<b>Plik</b>

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**

<b>Lista</b>