

Wniosek złożono w .....  
w dniu .....

Nr sprawy:



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i 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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

| <input type="checkbox"/> Moduł I  |   | <input checked="" type="checkbox"/> Moduł II |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1  | <input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2  |  |
| Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu  | pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B   |  |
| <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1  | <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2  |  |
| pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania  | dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania                 |  |
| <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1  | <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2  |  |
| pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym   | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym                             |  |
| <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3  | <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4  |  |
| pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne                                  | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne |  |
| <input type="checkbox"/> Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej |   |  |

### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

| DANE PERSONALNE  |  |
|--|--|
| Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.  |  |
| Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.  |  |
| przez..... Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna   |  |
| PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty   |
| Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne  |  |
| <b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b>  | <b>ADRES ZAMELDOWANIA</b><br>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)   |
| Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....<br>(poczta)  | Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....<br>(poczta)                                      |
| Miejscowość .....  | Miejscowość .....  |
| Ulica .....  | Ulica .....  |
| Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....  | Nr domu ..... nr lokalu .....  |
| Województwo .....  | Powiat .....   |
| <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś   | Województwo .....  |
| Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):   | Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu.....<br>nr tel. komórkowego:.....<br>e'mail (o ile dotyczy): .....  |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu  | <input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie: |

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl)

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień     | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka   |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy   | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka  |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy   | <input type="checkbox"/> lekki stopień       | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

**NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:  obu kończyn górnych  jednej kończyny górnej  
 obu kończyn dolnych  jednej kończyny dolnej  innym

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

|  |                                      |                                      |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b> | <b>Lewe oko:</b>                     | <b>Prawe oko:</b>                    |
| <input type="checkbox"/> osoba niewidoma           | Ostrość wzoru (w korekcji):.....     | Ostrość wzoru (w korekcji):.....     |
| <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma     | Zwężenie pola widzenia: ..... stopni | Zwężenie pola widzenia: ..... stopni |

**INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b> | <input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego | <input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne                            |
| <input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja   | <input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego            | <input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne              | <input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe |

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:.....  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy  nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....  
 na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....

- stosunek pracy na podstawie umowy o pracę  
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę  
 umowa cywilnoprawna  
 staż zawodowy

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

**działalność gospodarcza**  
 Nr NIP: .....

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....

inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

**działalność rolnicza** **Miejsce prowadzenia działalności:** .....



## 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

STRONA 4

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę

na kilku kierunkach danej formy kształcenia:  TAK  NIE

Jeśli „TAK”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.

## Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:

|  |  |   |
|--|--|---|
| <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"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych   |
| <input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim | <input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych                | <input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej   |
| <input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej   | <input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej | <input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) |

Okres trwania nauki w szkole.....(ile semestrów) Data rozpoczęcia nauki/studiów .....

Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym  nie dotyczyWnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu:  tak  nieWnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:  tak  nie

Pełna nazwa szkoły:

.....

|             |                |   |                  |               |
|-------------|----------------|---|------------------|---------------|
| Miejscowość | Ulica          | Nr posesji  | Kod pocztowy     |               |
| Powiat      | Województwo    | Nr telefonu   | adres http://www |               |
| Wydział     | Kierunek nauki | Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:                     | Rok nauki        | Semestr nauki |
|             |                | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |                  |               |

Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego)  tak  nie

## 5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

| Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki  | Koszt (w zł) | Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł* | Kwota wnioskowana (w zł) |
|--|--------------|--|--------------------------|
| Opłata za naukę (czesne): ..... **   |              |  |                          |
| Opłata za naukę (czesne): ..... **   |              |  |                          |
| Opłata za naukę (czesne): ..... **   |              |  |                          |
| Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich |              |  |                          |
| DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA  |              |  |                          |
| <b>Razem</b>   |              |  |                          |

\* tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania

\*\* należy wpisać kierunek studiów/nauki

## 6. Informacje uzupełniające

Średnia ocen: ....., w skali:  - (od 1 do 5)  - innej, jakiej:.....

Przez średnią ocen należy rozumieć średnią wyliczoną z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (jako średnią arytmetyczną), na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w roku akademickim (szkolnym) poprzedzającym rok akademicki (szkolny), którego dotyczy wniosek (wszystkie udokumentowane oceny z egzaminów i zaliczeń); w przypadku studentów pobierających naukę na pierwszym roku studiów drugiego stopnia, brana jest pod uwagę średnia ocen z ostatniego roku studiów pierwszego stopnia

|   |   |
|---|---|
| Niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.               | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak: <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny niepełnosprawności |
| <b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY*</b> (lub uczelni, gdy dotyczy opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego przez osobę, która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich) na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku |   |
| numer rachunku bankowego ..... (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)   |   |
| nazwa banku .....   |   |
| * lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby   |   |

**Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu .....  tak -  nie,
- 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT,
- uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON łącznie w ramach 20 (dwudziestu) semestrów/półroczny różnych form kształcenia na poziomie wyższym – dot. również wsparcia udzielonego w ramach programów PFRON a) „STUDENT – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”, b) „STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych” :  tak  nie

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

..... dnia ..... /..... /20..... r.

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

**7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 7-12)**

| Nazwa załącznika  | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwie) |                          |                          |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
|   | Dołączono do wniosku  | Uzupełniono              | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2. Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4. Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego.<br><b>Uwaga!</b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia <b>odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki</b> . Wzór określony w załączniku nr 4 do wniosku <b>nie dotyczy</b> osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole. | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5. W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6. W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości).  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7. Inne załączniki (należy wymienić):   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8.  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9.  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10.   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 11.   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 12.   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |

.....  
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

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

2. .... 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: .....

Załącznik nr 2 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy** - należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 114 z późn. zm.), 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 w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2014 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 25 września 2015 r. – M.P. 2015 poz. 861), według wzoru: [(2.506 zł x liczba hektarów)/12]/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

Wnioskodawca, który prowadzi **samodzielne gospodarstwo domowe** (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne 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.**

Przez **pojęcie wspólne gospodarstwo domowe** – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

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**):

|  |                        | Średni miesięczny dochód netto |
|--|------------------------|--------------------------------|
| 1.   | Wnioskodawca:<br>..... |                                |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</b> |                        | <b>X</b>                       |
| 2.   |                        |                                |
| 3.   |                        |                                |
| 4.   |                        |                                |
| 5.   |                        |                                |
| <b>RAZEM</b>   |                        |                                |

### Oświadczam, także że:

1) średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .....zł. (słownie złotych:  
.....)  
(należy wyliczyć zgodnie z **przypisem nr 2**);

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

*Uprowadzona(y) o odpowiedzialności karniej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zapoznany z treścią art. 233 par. 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553 z późn. zm.), która brzmi: „kto składa zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”*

....., 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 uchylona 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.

Załącznik nr 2 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

**Przypis nr 1**

**Dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.**

Dochód - oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012 r. poz. 361, z późn. zm.), 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,
- b) 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,
- c) 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 uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
  - dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatantach 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 niewypalów 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 pobylem 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 bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej 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 bezzwrotnej 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 państwowych 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 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 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, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
  - 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. 1852), 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 lub 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 w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
  - zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej,
  - świadczenia pieniężne wypłacone 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,
  - świadczenia pieniężne i pomoc pieniężną określone w ustawie z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. poz. 693),
  - świadczenie rodzicielskie,
  - zasiłek macierzyński, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników

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

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p><b>średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą</b></p> | = | <p>łączny średni miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia</p> <hr style="border: 1px solid black;"/> <p>liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia</p> |
|---|---|--|



**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. :.....(*należy wpisać nazwę Realizatora programu*) z siedzibą w ..... przy ul: ..... (administradora 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. .... z siedzibą w ..... przy ul..... (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 ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

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

.....  
*Data i podpis osoby składającej oświadczenie*

**Klauzula informacyjna**  
**dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie**  
64-000 Kościan, ul. Gostyńska 38

W związku z rozpoczęciem stosowania od dnia 25 maja 2018 r. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie **art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie**

- Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kościanie, ul. Gostyńskiej 38**
- **W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pod adresem e-mail: [iod@pcprkoscian.pl](mailto:iod@pcprkoscian.pl)**
- Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych.
- Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych.
- Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych.
- Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
- Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.;
- Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

.....  
podpis