

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

Nr sprawy:

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK „O” – część A (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego) 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.

<b>Obszar A – Zadanie nr 1</b>	<b>Obszar B – Zadanie nr 1</b>
Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
<b>Obszar B – Zadanie nr 2</b>	<b>Obszar C – Zadanie nr 1</b>
Dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	Pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<b>Obszar B – Zadanie nr 4</b>	<b>Obszar B – Zadanie nr 5</b>
Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy	Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu komputerowego, zakupionego w ramach programu
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 2</b>	
Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 5</b>	
Pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka inwalidzkiego ręcznego	

### 1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

<b>DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY</b>	
<input type="checkbox"/> rodzic dziecka <input type="checkbox"/> opiekun prawny dziecka/podopiecznego	
Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.	
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.	
przez.....	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"/>
kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/>	Płeć: <input type="checkbox"/>
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty	

<p><b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b></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 lok. .... Powiat .....</p> <p>Województwo .....</p> <p><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców    <input type="checkbox"/> inne miasto    <input type="checkbox"/> wieś</p>	<p><b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (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 lok. ....</p> <p>Województwo .....</p>
<p><b>Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....</b></p> <p>e’mail (o ile dotyczy): .....</p>	
<p>Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)</p>	
<p><b>Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu</b></p> <p><input type="checkbox"/> - firma handlowa    <input type="checkbox"/> - media    <input type="checkbox"/> - PFRON    <input type="checkbox"/> - inne, jakie:</p>	

<p><b>DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”</b></p>		
<p><b>DANE PERSONALNE</b></p> <p>Imię .....</p> <p>Nazwisko .....</p> <p>Data urodzenia:..... r.</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"/></p> <p>Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak                      <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Płeć:            <input type="checkbox"/> kobieta                      <input type="checkbox"/> mężczyzna</p>	<p><b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</b> (jeśli inny niż Wnioskodawcy – 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 lok. ....</p> <p>Powiat .....</p> <p>Województwo .....</p> <p><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców    <input type="checkbox"/> inne miasto                      <input type="checkbox"/> wieś</p>	
<p><b>STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO</b></p>		
<p><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji</p> <p><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy</p> <p><input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy</p> <p><input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia</p>	<p><input type="checkbox"/> znaczny stopień</p> <p><input type="checkbox"/> umiarkowany stopień</p> <p><input type="checkbox"/> lekki stopień</p>	<p><input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka</p> <p><input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka</p> <p><input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka</p>
<p>Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo</p>		
<p><b>RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO</b></p>		
<p><input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:</p> <p><input type="checkbox"/> <u>obu</u> kończyn dolnych                      <input type="checkbox"/> <u>jednej</u> kończyny górnej</p> <p><input type="checkbox"/> <u>obu</u> kończyn górnych                      <input type="checkbox"/> <u>jednej</u> kończyny dolnej                      <input type="checkbox"/> <u>inym</u></p>		

Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

**NARZĄD WZROKU 04-O**

osoba niewidoma

osoba głuchoniewidoma

**Lewe oko:**

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

**Prawe oko:**

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

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

01-**U** upośledzenie umysłowe

03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

- **OSOBA GŁUCHA**

07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia

09-**M** choroby układu moczowo - płciowego

11-**I** inne

02-**P** choroby psychiczne

06-**E** epilepsja

08-**T** choroby układu pokarmowego

10-**N** choroby neurologiczne

12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe

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

### OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

ŻŁOBEK

PRZEDSZKOLE

SZKOŁA PODSTAWOWA

GIMNAZJUM

TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY

ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA

LICEUM

TECHNIKUM

SZKOŁA POLICEALNA

KOLEGIUM

STUDIA

INNA, jaka .....

nie dotyczy

### NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo): ....., w skali:  - (od 1 do 6)  - innej, jakiej:.....

Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat): .....

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

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

zatrudniona/y:

od dnia:..... do dnia: .....

na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....



### 3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

**UWAGA!** Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby) w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?	<input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać): ..... ..... .....
6) Czy w 2018r. lub w 2019r. Wnioskodawca został poszkodowany w wyniku działań żywiołu lub innych zdarzeń losowych? – należy udokumentować wskazane informacje	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
7) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. - – należy udokumentować wskazane informacje	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie ..... .....

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1 oraz nr 2

Zadanie nr 2 - specyfikacja - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<b>RAZEM</b>	

#### 5. Informacje uzupełniające

POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA\* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: .....

.....

NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA\* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego\* kursy komputerowe: .....

.....

CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY\* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO i OPROGRAMOWANIA:  NIE  TAK w ..... roku w ramach .....

a także w ..... roku w ramach .....

#### 6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia*	Orientacyjna cena brutto łącznie (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Zadanie nr 1		
Zadanie nr 2		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

\* - należy zaznaczyć właściwe

##### 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 przez Wnioskodawcę 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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl),
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania:  tak -  nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10%** ceny brutto sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania),
- 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,

Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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.	..... <b>podpis Wnioskodawcy</b>
----------------------------------	-------------------------------------

**7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru dołączonego do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu <i>(sporządzone wg wzoru dołączonego do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Klauzula informacyjna RODO <i>(sporządzone wg wzoru dołączonego do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oferta cenowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	<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"/>	

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: .....	
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 kamej 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 postawie 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 kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
  - świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
  - emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie 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 wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojuszniczych, 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 wypłacane w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów,
  - pomoc materialną o charakterze socjalnym określoną w art. 90c ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.) oraz pomoc materialną określoną w art. 173 ust. 1 pkt 1, 2 i 8, art. 173a, art. 199 ust. 1 pkt 1, 2 i 4 i art. 199a ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym,
  - kwoty otrzymane na podstawie art. 27f ust. 8-10 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
  - 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:

**średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą**

łączny średni miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia

=

liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia

**Wzór oświadczenia 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