



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

☐ **Moduł I**

☐ **Obszar A – Zadanie 1**

Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu, adresowana do osób z dysfunkcją narządu ruchu

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

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

☐ rodzic dziecka ☐ opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię Nazwisko Data urodzeniar.

PESEL

lub w przypadku braku nr PESEL dokument tożsamości rodzaj i nr

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr lok. Powiat

Województwo

☐ miasto ☐ wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr lok.

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....

e-mail (o ile dotyczy):

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Źródło informacji o możliwości uzyskania
dofinansowania w ramach programu

☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ - Realizator programu ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie:

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”**DANE PERSONALNE**

Imię

Nazwisko

Data urodzenia: r.

PESEL Pełnoletni: ☐ tak ☐ niePłeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy (pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat Województwo

☐ miasto ☐ wieś**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO**☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji ☐ znaczny stopień ☐ I grupa inwalidzka☐ całkowita niezdolność do pracy ☐ umiarkowany stopień ☐ II grupa inwalidzka☐ częściowa niezdolność do pracy ☐ lekki stopień ☐ III grupa inwalidzka☐ orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życiaOrzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ☐ bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO**

NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:

obu kończyn górnych	jednej kończyny górnej
obu kończyn dolnych	jednej kończyny dolnej
	innym

Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐Wnioskodawca nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się: ☐☐ **NARZĄD WZROKU 04-O, w zakresie:****Lewe oko:**

Ostrość wzroku (w korekcji):

Zwężenie pola widzenia: stopni

Prawe oko:

Ostrość wzroku (w korekcji):

Zwężenie pola widzenia: stopni

☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma☐ **NARZĄD SŁUCHU 03-L, w zakresie:****Lewe ucho:**

Ubytek słuchu: decybeli

Prawe ucho:

Ubytek słuchu: decybeli

☐ osoba głuchoniewidoma☐ dysfunkcja wymaga korzystania przez Wnioskodawcę z usług tłumacza języka migowego☐ **INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):**☐ 01-**U** upośledzenie umysłowe☐ 06-**E** epilepsja☐ 08-**T** choroby układu pokarmowego☐ 10-**N** choroby neurologiczne☐ 12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe☐ 02-**P** choroby psychiczne☐ 07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia☐ 09-**M** choroby układu moczowo - pęciowego☐ 11-**I** inne

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI (o ile dotyczy)

☐ ŻŁOBEK	☐ PRZEDSZKOLE czy odbywa obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne ☐ - tak ☐ - nie	☐ 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, KTÓREJ WYCHOWANKIEM/UCZNIEM JEST PODOPIECZNY

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:
☐ zarejestrowany w urzędzie pracy jako:
☐ bezrobotna/y: od ☐ poszukująca/y pracy:
☐ nie dotyczy

☐ zatrudniona/y: od dnia: do dnia:	Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki:	
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące	
☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące	
☐ umowa cywilnoprawna, zawarta na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się)	
☐ staż zawodowy Okresy zatrudnienia mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres 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:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak ☐	nie ☐
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	tak ☐	nie ☐
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:		
Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, zgodnie z ust. 31 pkt 43 dokumentu pn. „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku”		

Czy Wnioskodawca/podopieczny lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PRFON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek (lata 2016-2019), w tym poprzez PCPR lub MOPR?		tak ☐ nie ☐
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Wysokość otrzymanego dofinansowania

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, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym podopiecznego Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby) w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. W przypadku ubiegania się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel Wnioskodawca jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórzenia/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 posiadanego sprzętu/zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom kształcenia)	
2) Czy niepełnosprawność <u>podopiecznego Wnioskodawcy</u> jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.	☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie ☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania <u>podopieczny Wnioskodawcy</u> 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)?	☐ - tak ☐ - nie
4) Czy w gospodarstwie domowym <u>podopiecznego Wnioskodawcy</u> są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - nie
5) Czy <u>aktywny zawodowo</u> <u>podopieczny Wnioskodawcy</u> 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)? <u>Wniosek nie uzyska dodatkowych punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</u>	☐ - nie ☐ - nie dotyczy ☐ - tak (proszę opisać):
6) 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. <u>Wniosek nie uzyska dodatkowych punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</u>	☐ - tak ☐ - nie
7) Czy <u>podopieczny Wnioskodawcy</u> posiada Kartę Dużej Rodziny? <u>Wniosek nie uzyska dodatkowych punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</u>	☐ - tak ☐ - nie
8) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą <u>podopiecznego</u> w wieku do 18 roku życia i mającą <u>podopiecznego</u> na swoim utrzymaniu?	☐ - tak ☐ - nie
9) Czy <u>podopieczny Wnioskodawcy</u> w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? <u>Wniosek nie uzyska dodatkowych punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</u>	☐ - tak ☐ - nie

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie 1, 4

STRONA 5

Zadanie 1 Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
☐ dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
☐ automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	
☐ elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
☐ specjalne siedzenia	
☐ elektroniczna obręcz przyspieszenia	
☐ ręczny gaz – hamulec	
☐ przedłużenie pedałów	
☐ sterowanie elektroniczne	
☐ podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	
☐ przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
☐ system wspomagania parkowania	
☐ inne, jakie:	
RAZEM	

Zadanie 4 Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Komunikatory/tablice	
Tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych	
Oprogramowanie, jakie:	
Aplikacje, jakie:	
Sygnalizator	
Dodatkowe oświetlenie	
Wskaźniki optyczne	
inne, jakie:	
inne, jakie:	
inne, jakie:	
inne, jakie:	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

ZADANIE (wkład własny co najmniej 15%)	Orientacyjna cena brutto (zgodnie z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Zadanie 1		

6. Informacje uzupełniające

☐ Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji, nr rejestracyjny ☐ Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu
☐ Jestem posiadaczem samochodu: marka:..... rok produkcji, nr rejestracyjny na podstawie (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy).....
☐ Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa).....jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:..... rok produkcji, nr rejestracyjny
☐ NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU ☐ POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:
CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU: ☐ NIE ☐ TAK w roku w ramach a także w roku w ramach

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu sochaczewskiego i **nie będę w danym roku ubiegał/a się** odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego):
☐ **tak** - ☐ **nie**,
2. 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,
3. **zapoznałam(em) się** z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl,
4. w okresie ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek **uzyskałam(em)** pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: ☐ **tak** - ☐ **nie**,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania
(w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 15%** ceny brutto),
6. **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż środki finansowe stanowiące udział własny mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
7. **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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn
leżących po mojej stronie: ☐ **tak** - ☐ **nie**,
9. **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,
10. **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT,
11. **wyrażam zgodę** na otrzymywanie wiadomości SMS oraz e-mail dotyczących realizacji niniejszego wniosku.

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 14 -16)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (PCPR) (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) – dot. Zadania A 1 lub orzeczenia równoważnego	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)	☐	☐	
3.	ZADANIE A 1 - W przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń – <u>zaświadczenie lekarza specjalisty</u> potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu; zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim	☐	☐	
4.	Oświadczenie – Klauzula informacyjna zgodna z RODO (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
5.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
6.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, reprezentowanej przez opiekuna prawnego	☐	☐	
7.	Plan aktywizacji (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku)	☐	☐	
8.	Fakturę/y pro-forma dotyczącą/ej planowanego zakupu sprzętu/usługi	☐	☐	
9.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – dokument potwierdzający zatrudnienie	☐	☐	
10.	Kserokopia/skan dokumentu potwierdzającego własność/współwłasność posiadanie samochodu	☐	☐	
11.	W przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego posiadającego aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny – kserokopia/skan tego dokumentu	☐	☐	
12.	W przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego, który został poszkodowany w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych - dokument potwierdzający wystąpienie zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej lub innego zdarzenia losowego wystawiony przez właściwą jednostkę	☐	☐	
13.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
14.		☐	☐	
15.		☐	☐	

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **przeciętny miesięczny dochód Wnioskodawcy** należy 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220 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 gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2017 r. (Obwieszczenie Prezesa GUS z dnia 21 września 2018 r. M.P.2018 poz. 911) według wzoru: $[(3.399 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy}$.

Przez gospodarstwo domowe Wnioskodawcy należy rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

- **samodzielne gospodarstwo domowe** (jednoosobowe) - gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu,

- **wspólne gospodarstwo domowe** – gdy Wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny,

przy czym Wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów.

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:

		Przeciętny miesięczny dochód
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:		x
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		

Oświadczam, także że:

- 1) przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosizł (słownie złotych:)
- 2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.

miejscowość

.....
podpis Wnioskodawcy

Przypis nr 1

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się m. in. świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych, świadczenia wychowawczego.

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzją, na postawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.

Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 2 do formularza wniosku).

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

Klauzula informacyjna zgodna z RODO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych:.....

(imię i nazwisko)

oraz (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić) mojego dziecka/podopiecznego:

(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

.....
(adres, miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niezbędnych dla potrzeb realizacji procesu: PILOTAŻOWY PROGRAM „AKTYWNY SAMORZĄD” zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, a także przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. poz. 1000 z późn. zm.).

Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

Informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych podanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 65 w Sochaczewie, kod pocztowy: 96-500, tel. 46 8641801, adres email: pcprsoch@powiatsochaczew.pl oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13.
2. Inspektorem Ochrony Danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 65 w Sochaczewie jest: Paulina Klatt tel. 46 864 18 01 e-mail: pcprsoch@powiatsochaczew.pl
3. Celem zbierania danych jest: DOFINANSOWANIE W RAMACH PILOTAŻOWEGO PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD”.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji zadania określonego w pkt 3. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwa realizacja w/w zadania.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy przepisów prawa. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych.
7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
8. Administrator danych nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych, rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U. Nr 14 poz. 67 z późn. zm.), licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
10. Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Sochaczewie przy ul. Piłsudskiego 65, będą przekazane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – PFRON przetwarza dane Wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

Niniejszą klauzulę 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.

**PLAN AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ, EDUKACYJNEJ, I/LUB SPOŁECZNEJ,
KTÓRY BĘDZIE ELEMENTEM OCENY WNIOSKU**

Uzasadnienie wniosku – plan aktywizacji			
Obszar aktywizacji	Czego nie mogę osiągnąć lub zrobić aktualnie i w czym pomoże mi uzyskanie dofinansowania	Co będę mógł osiągnąć i jakie związane z tym działania podejmę po otrzymaniu dofinansowania	Planowany termin realizacji zadania
Zawodowej			
Edukacyjnej			
Społecznej			

.....
Data

.....
Podpis Wnioskodawcy