

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 B – Zadanie 1

Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych

☐ Obszar B – Zadanie 2

Dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania

☐ Obszar B – Zadanie 4

Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy

☐ Obszar B – Zadanie 5

Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawie) - 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/zonaty

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

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(poczt)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr lok. Powiat

Województwo

☐ miasto ☐ wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczt)

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 - płciowego☐ 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:☐ 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.

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

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:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRONCzy 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 wykształcenia)	
2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy 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 podopieczny Wnioskodawcy 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 podopiecznego Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - nie
5) Czy aktywny zawodowo podopieczny Wnioskodawcy 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, złe 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 podopieczny Wnioskodawcy 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 podopiecznego w wieku do 18 roku życia i mającą podopiecznego na swoim utrzymaniu?	☐ - tak ☐ - nie
9) Czy podopieczny Wnioskodawcy 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 B/Zadanie 1, 2, 3, 4, 5

STRONA 5

Zadanie 1, 3, 4 - specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania w ramach Zadania: ☐ Zadanie 1 ☐ Zadanie 3 ☐ Zadanie 4		ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Sprzęt elektroniczny:		
Elementy sprzętu elektronicznego:		
Oprogramowanie:		
RAZEM		
Zadanie 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)
RAZEM		
Zadanie 5 - specyfikacja - proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego		ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup elementów/części zamiennych celem naprawy, jakich:		
Zakup dodatkowych elementów celem modernizacji sprzętów/urządzeń, jakich:		
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:		
Koszty naprawy/remontu		
Koszty przeglądu technicznego		
Koszty konserwacji/renowacji		
RAZEM		

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

 Okres gwarancyjny w związku z zakupem upłynął: ☐ NIE ☐ TAK, w: roku.

 Posiadany sprzęt był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: ☐ NIE ☐ TAK, w roku: r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym sprzętem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia*	Orientacyjna cena brutto łącznie (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Zadanie 1 (wkład własny co najmniej 10%)		
Zadanie 2		
Zadanie 3 (wkład własny co najmniej 30%)		
Zadanie 4 (wkład własny co najmniej 10%)		
Zadanie 5 (wkład własny co najmniej 10%)		
ŁĄCZNIE		

* - należy zaznaczyć właściwe

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku - **dotyczy wyłącznie Obszar B Zadanie 2**
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku bankowego

nazwa banku

Oświadczam, że:

- 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,
- 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 **przyjęłam(em) do wiadomości**, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl,
- 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 sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/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 w Zadaniu 1, 4 i 5,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż środki finansowe stanowiące udział własny mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
- 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 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**, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT; przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy wyłącznie w Obszar B Zadanie 2,
- 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 12 -13)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (PCPR) (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) – dot. Zadania 1, 2, 4, 5 lub orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego – dot. Zadania 2, 3, 4	☐	☐	
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.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego odpowiednio w załączniku nr 3a, 3b, 3c do formularza wniosku), wymagane w przypadku: ZADANIE 1: – w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego z dysfunkcją obu kończyn górnych – załącznik 3b, – w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego z dysfunkcją narządu wzroku, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz w wieku do 16 roku życia – załącznik 3c, ZADANIE 4 - w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego z dysfunkcją narządu słuchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – załącznik 3a	☐	☐	
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.	W przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego posiadającego aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny – kserokopia/skan tego dokumentu	☐	☐	
11.	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	☐	☐	
12.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
13.		☐	☐	

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.

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A4)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką:**

☐	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
☐	Inna dysfunkcja ucha lewego	
☐	Inna dysfunkcja ucha prawego	

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole** ☐):

☐ Wrodzonego braku lub amputacji obu kończyn górnych,
na wysokości/od:.....

☐ Dysfunkcji charakteryzującej się **znacznie** obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych:

wynikającej ze schorzenia o etiologii.....

Znaczne obniżenie sprawności ruchowej w zakresie obu kończyn górnych objawia się:

.....
.....
.....
.....
.....
4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....
.....
.....
.....
.....
5. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....
.....
.....
6. Inne schorzenia Pacjenta:

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

.....

pieczęć, nr i podpis lekarza

**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