###### Data wpływu:

Nr sprawy:



*Wypełnia Realizator programu – PCPR w Brzozowie program finansowany ze środków PFRON*

**WNIOSEK**

**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 C – Zadanie nr 1  pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym |

1. Informacje o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY | | |
| Imię................................................... Nazwisko............................................................. Data urodzenia .........................r.  Dowód osobisty seria .......... numer .................... wydany w dniu...........................r. przez...........................................................  PESEL Płeć: kobieta   mężczyzna  Wnioskodawca jest osobą: Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty   * samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu * wychowującą i utrzymującą dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem   Kontakt telefoniczny: nr kier. ..........nr telefonu ............................./nr tel. komórkowego:..................................  e’mail (*o ile dotyczy*): ..................................................................................................................................... | | |
| DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO - (będącego osoba niepełnosprawną – o ile dotyczy) | | |
| Imię................................................... Nazwisko............................................................. Data urodzenia ........................ r.  PESEL Płeć: kobieta  mężczyzna Pełnoletni: tak nie | | |
| MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały  Kod pocztowy - ........................................  (poczta)  Miejscowość ....................................................................  ulica ...............................................................................  Nr domu ........... Nr lok. ......... Powiat ........................  Województwo ................................................................  miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś | ADRES ZAMELDOWANIA  (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)  Kod pocztowy - ......................  (poczta)  Miejscowość ..........................................................  ulica ........................................................................  Nr domu ............................ Nr lok. ......................  Województwo ...................................................... | |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu | | PCPR PFRON media inne, jakie |

**2. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności Podopiecznego/Dziecka**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 życia | | | | | | | | | | |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: .................................................. bezterminowo | | | | | | | | | | |
| Niepełnosprawność istnieje: od urodzenia  od roku ................................................. | | | | | | | | | | |
| RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWMNOŚCI DZIECKA/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:** | | | | | | | | | | |
| **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 |

**3. Aktualny etap kształcenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE** | | | |
| PODSTAWOWE | GIMNAZJALNE | | ZAWODOWE |
| ŚREDNIE OGÓLNE | ŚREDNIE ZAWODOWE | | POLICEALNE |
| WYŻSZE | inne, jakie ………………………………………………………………………………...…….. | | |
| **OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ** | | | |
| ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | LICEUM | TECHNIKUM | |
| SZKOŁA POLICEALNA | KOLEGIUM | STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) | |
| STUDIA PODYPLOMOWE | STUDIA DOKTORANCKIE | STAŻ ZAWODOWY W RAMACH UE | |
| INNA, jaka ............................................................................................... | | nie dotyczy | |
| **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): ...........................................................................  ...............................................................................................................................................................................................................  ...............................................................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................... | | | |

4. Aktywność zawodowa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **niezatrudniona/y: od dnia:**........................................ **bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy** | | |
| **działalność gospodarcza Nr NIP:** ......................................  **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr**..........................., **dokonanego w urzędzie:**  ......................................................................................................................................................................................................................................  **inna, jaka i na jakiej podstawie:.............................................................................................................................................................................................** | | |
| **zatrudniona/y:**  **od dnia:**..................................... **do dnia:** ................................................  **na czas nieokreślony inny, jaki: ...................................** | | **Nazwa pracodawcy**: ..........................................................................  ..............................................................................................................  .............................................................................................................. |
| **stosunek pracy na podstawie umowy o pracę**  **stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru,   mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę**  **umowa cywilnoprawna**  **staż zawodowy** | | **Adres miejsca pracy**: .........................................................................  ..............................................................................................................  ..............................................................................................................  **Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:** .............................................................................................................. |
| **działalność rolnicza** | **Miejsce prowadzenia działalności**: ............................................................................................................................................................. | |

5. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku) w ramach programu AS | | | | | tak  nie |
| Nazwa zadania, w ramach którego przyznana została pomoc | Przedmiot dofinansowania **(co zostało zakupione ze środków PFRON)** | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana  (w zł) | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| **Razem** | | | |  | |
| **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** taknie  **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** taknie  Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... Uwaga! za „*wymagalne zobowiązanie*” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął | | | | | |

6. Informacje niezbędne do oceny merytorycznej wniosku. Uzasadnienie.

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, każda 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 istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Uzasadnienie wniosku (wykazanie w jaki sposób dofinansowanie zakupu przedmiotu dofinansowania przyczyni się do zmniejszenia barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji)   ............................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................ | |
| 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 Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana (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 Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające  odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? | - tak (1 osoba)     - tak (więcej niż jedna osoba) - nie |
| 5) Czy osoba aktywnie poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia lub dalszego kształcenia (dotyczy 3 lat wstecz od daty złożenia wniosku) | - nie - nie dotyczy  - tak wymienić rodzaj działań (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)  …………………………………………………………… |
| 6) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu? | - tak - nie |
| 7) Czy osoba posiada osiągnięcia w nauce i wychowaniu (dotyczy 3 lat wstecz od daty złożenia wniosku) | - nie  - tak średnia ocen powyżej 4,00 inne (np. udział w konkursach, olimpiadach szkolnych, wyróżnienia, wolontariat)……………………………………………..… |
| 8) Czy nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia uniemożliwiające korzystanie z posiadanego, uprzednio dofinansowanego ze środków PFRON przedmiotu dofinansowania.  UWAGA! *Pogorszenie stanu zdrowia potwierdza lekarz specjalista stosownym zaświadczeniem.* | - nie  - tak uzasadnienie: …………………………………  …………………………………………………………… |
| 9) Czy osoba podnosi kwalifikację zawodowe (dotyczy 3 lat wstecz od daty złożenia wniosku) | - nie  - tak uzasadnienie: ………………………………….  …………………………………………………………… |

7.Specyfikacja przedmiotu dofinansowania MODUŁ I/Obszar C/Zadanie 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Specyfikacja zakupu | | | **Orientacyjna cena brutto *(kwota w zł)*** |
| Wózek o napędzie elektrycznym (nazwa i model wózka): | | |  |
|  | | |  |
| Dodatkowe, niezbędne wyposażenie wózka: | |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | **RAZEM** | |  |

**8. Wnioskowana kwota dofinansowania**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj przedmiotu dofinansowania** | | **Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 7 – w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)** |
| Wózek | |  |  |
| Dodatkowe wyposażenie | |  |  |
|  |  | |  |

**9. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| POSIADANY I WYKORZYSTYWANY SPRZĘT REHABILITACYJNY I ORTOPEDYCZNY:....................................................  .........................................................................................................................................................................................  BUDYNEK, W KTÓRYM MIESZKA WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY\* JEST DOSTĘPNY DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH  PORUSZAJĄCYCH SIĘ NA WÓZKU INWALIDZKIM  (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem):**TAKNIE**  JEŚLI NIE, JAKIE WYSTĘPUJĄ BARIERY: ......................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................................... |
| NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA\* WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM  POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA\* NASTĘPUJĄCY WÓZEK: MODEL ............................ ROK NABYCIA: ............... |
| **CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY\* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRONW ZAKUPIE WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM:** NIE TAK w ....... roku w ramach ......................... a także w .................... roku w ramach ........................................................................................................... |

*\* - należy zaznaczyć właściwe*

Oświadczam, że:

1. w ramach niniejszego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam, się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Brzozowie □ 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 przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl/), a także pod adresem: www.pcpr@powiatbrzozow.pl
4. w okresie ostatnich 3 lat 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 wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej10%** ceny brutto, tj. kwota ……………… słownie………………………………………………………………………………………….),
6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)**stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: □ tak - □ nie,
8. 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,
9. 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.

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 ..... /....... /2013 r. ................................................  **podpis Wnioskodawcy** |

11. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR***(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
|  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia). |  |  |  |
|  | Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie*.* |  |  |  |
|  | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do formularza wniosku).* |  |  |  |
|  | 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. |  |  |  |
|  | Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej. |  |  |  |
|  | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny. |  |  |  |
|  | Specyfikacja – informacja od sprzedawcy o wartości wnioskowanego sprzętu lub usługi |  |  |  |
|  | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Słownik**

**Obszar C – likwidacja barier w poruszaniu się: Zadanie 1 - pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym**

**aktywność zawodowa** – należy przez to rozumieć:

\* zatrudnienie, lub

\* rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, lub

\* rejestrację w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu

**dysfunkcje uniemożliwiające samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym** – należy przez to rozumieć sytuację, kiedy stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego; brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie co najmniej jednej

kończyny dolnej i górnej; stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowe, choroby neuromięśniowe) i musi być potwierdzony

zaświadczeniem lekarskim; oceniając zasadność dofinansowania zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym należy brać pod uwagę, czy:

\* korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (czy nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),

\* korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,

\* istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja),

\* zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej;

**gospodarstwo domowe wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

\* wspólne gospodarstwo – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny, lub

\* samodzielne gospodarstwo – gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu;

**wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym** – należy przez to rozumieć także wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym typu skuter; udzielenie dofinansowania na zakup wózka elektrycznego typu skuter wymaga każdorazowo indywidualnego rozpatrzenia, czy zakres dysfunkcji osoby niepełnosprawnej (w szczególności kończyn górnych) nie wyklucza użytkowania takiego typu wózka;

**zatrudnienie** – należy przez to rozumieć:

* 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, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące,
* działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2008r. Nr 50, poz. 291, z późn. zm.),
* działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010r. Nr 220, poz. 1447, z późn. zm.),
* zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy,
* staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2008r. Nr 69, poz. 415, z późn. zm.).

***OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW***

Przez **średni miesięczny dochód netto** należy rozumieć średni miesięczny dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

**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:**

|  |
| --- |
| Średni miesięczny dochód netto |
| **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. **średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi ........................................zł.**

**(słownie złotych: .................................................................................................................)**

1. **prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

**........................................, 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 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.**

**Określony w oświadczeniu dochód - oznacza to po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:**

1. przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, 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,

2. deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o ryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,

3. 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 niewypałów 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 pobytem 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 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.2)),

– 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 określone w przepisach o systemie oświaty, przepisach Prawo o szkolnictwie wyższym oraz w przepisach o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki, a także inne stypendia przyznawane 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 2006r. Nr 97, poz. 674),

– 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;

............................................................

(imię i nazwisko)

............................................................

(adres)

***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. Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie  z siedzibą w  Brzozowie przy ul: 3-go Maja 51 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. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Brzozowie przy ul. 3-go Maja 51 (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*