

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Data wpływu: | Nr sprawy:/2016 |
|---------------------|---------------------------------|



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 2

pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

1. Informacje o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

| | |
|---|--|
| DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY | |
| Imię..... Nazwisko..... Dataurodzeniar. | |
| Dowódosobistyseria numer wydanyw dniu.....r. przez..... | |
| PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |
| Wnioskodawcajest osobą: | Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zameżna/zonaty |
| <input type="checkbox"/> samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu | |
| <input type="checkbox"/> 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 niepełnosprawna – o ile dotyczy) | |
| Imię..... Nazwisko..... Dataurodzenia r. | |
| PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyznaPełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)- pobyt stały | ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) |
| Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta) | Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> (poczta) |
| Miejscowość | Miejscowość |
| ulica | ulica |
| Nr domu Nr lok. Powiat | Nr domu Nr lok. |
| Województwo | Województwo |
| <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś | |
| Źródło informacji o możliwości uzyskaniadofinansowania w ramach programu | <input type="checkbox"/> PCPR <input type="checkbox"/> PFRON <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> inne, jakie |

2. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka | | |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka | | |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> lekki stopień | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka | | |
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia | | | | |
| Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo | | | | |
| Niepełnosprawność istnieje: <input type="checkbox"/> od urodzenia <input type="checkbox"/> od roku | | | | |
| RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | | | | |
| <input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> innym | | | | |
| Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> | | | | |
| Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> | | | | |
| Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma | Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni | Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni | | |
| <input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>): | | | | |
| <input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA | <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - płciowego | <input type="checkbox"/> 11-I inne |
| <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja | <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego | <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe |

3. Aktywność zawodowa

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia: <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy | |
| <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: | Nazwa pracodawcy: |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy | Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: |

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP:..... | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:..... |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza | Miejsce prowadzenia działalności:..... |

4. Zdobyte wykształcenie

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> podstawowe | <input type="checkbox"/> gimnazjalne | <input type="checkbox"/> zawodowe |
| <input type="checkbox"/> średnie ogólne | <input type="checkbox"/> średnie zawodowe | <input type="checkbox"/> policealne |
| <input type="checkbox"/> wyższe | <input type="checkbox"/> inne, jakie: | |

Obecnie wnioskodawca pobiera naukę

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | <input type="checkbox"/> LICEUM | <input type="checkbox"/> TECHNIKUM |
| <input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA | <input type="checkbox"/> KOLEGIUM | <input type="checkbox"/> INNA, jaka: |
| <input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) | <input type="checkbox"/> STUDIA PODYPŁOMOWE | <input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE |
| <input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE | <input type="checkbox"/> nie dotyczy | |

Nazwa i adres szkoły, do której wnioskodawca uczęszcza

Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:

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 <input type="checkbox"/> |
|---|--|-----------------------------|--------------------|---|
| | | | | nie <input type="checkbox"/> |
| 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: | | | | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: | | | | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| 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 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 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 wymień 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) | <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - 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. | <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak uzasadnienie: |
| 9) Czy osoba podnosi kwalifikację zawodową (dotyczy 3 lat wstecz od daty złożenia wniosku) | <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak uzasadnienie: |

7. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania MODUŁ I/ Obszar A/ Zadanie 2

| Specyfikacja przedmiotu dofinansowania (dotyczy pomocy w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym) | ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł) |
|---|---------------------------------------|
| Zakup części zamiennych, jakich: | |
| Zakup akumulatora | |
| Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego: | |
| Koszty naprawy/remontu | |
| Koszty przeglądu technicznego | |
| Koszty konserwacji/renowacji | |
| RAZEM | |

8. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka: | Orientacyjny koszt (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|---|---------------------------|--------------------------|
| Razem | | |

9. Informacje uzupełniające

| |
|--|
| Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) w roku. |
| Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym |

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK (model, rok produkcji): |
| Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK , w dniu: roku. | |
| Posiadany wózek był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK , w dniu: r. | |
| Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON: | |
| DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania) | |
| nazwa banku | |
| nr rachunku bankowego: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

*- 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.zapoznalam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąlam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcprbrzozow.pl
- 4.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,
- 5.w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
- 6.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,
- 7.przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanejprzez Wnioskodawcęfaktury 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 /..... /2016 r. | podpis Wnioskodawcy |
|----------------------------------|----------------------------|

10. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| |
|---------------------------|
| WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE |
|---------------------------|

| Nazwa załącznika | | REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe) | | |
|------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Oferta cenowa przedmiotu dofinansowania. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Słownik

Obszar C – likwidacja barier w poruszaniu się: Zadanie 2 - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego 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

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;

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 PRZECIĘTNEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU,
W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH**

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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 114 z późn. zm.), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek. Dochody z różnych źródeł sumują się. W przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2014 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 25 września 2015 r. - M.P. 2015 poz. 861), według wzoru: $[(2.506 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$.

Wnioskodawca, który prowadzi *samodzielne gospodarstwo domowe* (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

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

Uwaga! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(miejsceowość, 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 – <i>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</i> | | x |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| RAZEM | | |

Oświadczam, także że:

- 1) średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosizł. (słownie złotych:);
(należy wyliczyć zgodnie z przepisem nr 2)
- 2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia 2016 r.

.....
miejsowość

.....
podpis Wnioskodawcy

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie 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.

Załącznik nr 2 do wniosku „Aktywny samorząd” Moduł I
Moduł I Obszar C Zadanie nr 2

***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 2014 r., poz. 1182 ze zm.).

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

.....

miejsowość, data