

Data wpływu:

Nr sprawy:

PCPR.5111/.../2019

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 A – Zadanie nr 2**

pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B adresowana do osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu

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..... ważny do r.

PESEL Płeć: kobieta mężczyzna

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 DO KORESPONDENCJI**

(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

<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"/> inny
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	Lewe oko:	Prawe oko:
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	Ostrość wzroku (w korekcji):.....	Ostrość wzroku (w korekcji):.....
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Zwężenie pola widzenia: stopni	Zwężenie pola widzenia: stopni
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):		
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia
	<input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - pęcherzowego
<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"/> 11-I inne
		<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

3. Aktualnie realizowany etap kształcenia

<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA	<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	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMO	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANC
<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:		

4. 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"/> 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"/> 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 rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:

5. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku)?			tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
ZADANIE, W RAMACH KTÓREGO UDZIELONO WSPARCIA Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Nr i data zawarcia umowy dofinansowania	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Razem uzyskane dofinansowanie:			

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego

zobowiązania:.....

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

6. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu.

(należy wykazać w jaki sposób dofinansowanie zakupu przedmiotu dofinansowania przyczyni się do zmniejszenia barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji) 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.

7. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

MODUŁ I/Obszar A/Zadanie 2

<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B+C	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C+E	<input type="checkbox"/> C1
<input type="checkbox"/> C1+E	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D+E	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D1+ E
<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> inna kategoria, jaka:			

Wnioskodawca posiada orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem: tak nie

Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy:

Planowany termin kursu:, nazwa i adres ośrodka:

.....

Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca:

NIE TAK

Planowany środek transportu, którym wnioskodawca dojedzie do miejsca przeprowadzenia kursu:

.....

Podstawa kalkulacji kosztów uzyskania prawa jazdy,

np. oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa), dla kosztów dojazdu: cennik PKP - pociąg osobowy kl. II lub

transport prywatny (z uwzględnieniem liczby kilometrów ogółem, zużycia paliwa na 100 km, ceny paliwa) itp.:

.....

.....

8. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszt kursu i egzaminów		
<i>oraz o ile dotyczy (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)</i>		
Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu		
Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu		
Razem		

9. Informacje uzupełniające

<input type="checkbox"/> Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji, nr rejestracyjny	<input type="checkbox"/> Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu
<input type="checkbox"/> Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).	
<input type="checkbox"/> Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa).....jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:..... rok produkcji, nr rejestracyjny	
<input type="checkbox"/> NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU	<input type="checkbox"/> POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:
CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:	
<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach	
a także w roku w ramach	
<i>UWAGA: w przypadku wnioskodawcy małoletniego lub podopiecznego pojęcie własność/współwłasność dotyczy opiekuna ustawowego lub opiekuna prawnego.</i>	
DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku	
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"/>	

* - należy zaznaczyć właściwe

Czy łączna wartość uzyskanego przez Panią/Pana dofinansowania w ramach programu „Aktywny samorząd” przekracza kwotę 10.000 zł? tak nie

Oświadczam, że:

- w ramach niniejszego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam, się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Brzozowie 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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcpr@powiatbrzozow.pl
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B tak - nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego, wynoszącego **co najmniej 25 %** kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B tak - nie,
- 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 /..... /2019 r.

.....

podpis Wnioskodawcy

11. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (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 w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie. (załącznik Nr 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badania kierowców, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami, zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Zaświadczenie od lekarza specjalisty potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia (10-N, 12-C) jest dysfunkcja narządu ruchu, w przypadku gdy dysfunkcja narządu ruchu 05-R nie jest podstawą wydania orzeczenia o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim (załącznik Nr 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Klauzula informacyjna (załącznik Nr 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Oferta cenowa, obejmująca koszty kursu oraz o ile dotyczy koszty zakwaterowania i wyżywienia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Dokumentacje potwierdzające koszty dojazdu (np. bilety, itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Zaświadczenie o zatrudnieniu (w przypadku osób zatrudnionych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie osoby (w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Zaświadczenie o kształceniu (w przypadku osób uczących się, studiujących)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Słownik

Obszar A – likwidacja bariery transportowej: Zadanie 2 – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B

- * **dysfunkcja narządu ruchu (w przypadku Obszaru A)** – należy przez to rozumieć dysfunkcje stanowiąca podstawę orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (a w przypadku osób niepełnosprawnych do 16 roku życia – orzeczenia o niepełnosprawności); w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym - symbol orzeczenia: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych - symbol orzeczenia: 12-C), mogą zostać pozytywnie zweryfikowane pod względem formalnym pod warunkiem, że wnioskodawca dołączy do wniosku zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, i następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu;
- * **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 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 2017 r., poz. 2336 z późn. zm.),
 - działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2018 r., poz. 646 z późn. zm.),
 - zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie sumują się),
 - staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r., poz. 1265, z późn. zm.).okresy zatrudnienia wnioskodawcy w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia;
- * **zdarzeniach losowych** – należy przez to rozumieć potwierdzone przez właściwe jednostki zdarzenia, nieprzewidziane i niezawinione przez wnioskodawcę/podopiecznego wnioskodawcy, które były nie do uniknięcia nawet przy zachowaniu należytej staranności, skutkujące utratą, zniszczeniem lub uszkodzeniem przedmiotu dofinansowania w stopniu uniemożliwiającym użytkowanie i naprawę;
- * **osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych** – należy przez to rozumieć:
 - osobę zamieszkujejącą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004r.o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018r. poz. 1508 z późn. zm.),
 - osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np.pożar, powódź, kradzież, zalenie), udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę (np.jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję),
- * **prawie jazdy** – należy przez to rozumieć dokument wydany przez odpowiednie organy państwowe, potwierdzający uprawnienia jego posiadacza do prowadzenia pojazdów mechanicznych, z wyłączeniem kategorii: A, A1, A2 i AM; warunkiem uzyskania prawa jazdy jest w myśl art.11 ust.1 ustawy o kierujących pojazdami m.in. uzyskanie orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem określonej kategorii;
- * **kosztach kursu i egzaminów** –(w przypadku Obszaru A Zadanie 2 i Zadanie 3) – należy prze to rozumieć koszty związane z uczestnictwem osoby niepełnosprawnej w kursie i przeprowadzenie egzaminu, w tym także opłaty z nimi związane oraz jazdy doszkalające;

**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 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 2014 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018 r. - M.P. 2018 poz. 911), według wzoru: $[(3.399 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$.

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 przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosizł. (słownie złotych:);

(należy wyliczyć zgodnie z przypisem nr 2)

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia 2019 r.

miejscowość

.....
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.

.....
 STEMPEL ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
 LUB PRAKTYKI LEKARSKIEJ

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE W JEZYKU POLSKIM, DRUKOWANYMI LITERAMI

1. **Imię i nazwisko Pacjenta**

2. **PESEL**

3. **Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):**.....

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

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

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się	pieczętka, nr i podpis
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:	pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
 (miejsowość, data)

.....
 (pieczętka, nr i podpis lekarza)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie (PCPR Brzozów) mające swoją siedzibę przy ul. 3 Maja 51, 36-200 Brzozów. (Nr telefonu kontaktowego - tel./fax (013) 434 20 45, (013) 434 47 56, adres poczty elektronicznej email: pcpr@powiatbrzozow.pl)
2. Pozyskane dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa wynikającego z art. 6 ust.1 lit a, b i c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO – (tj. na podstawie udzielonej zgody, zawartych umów oraz przepisów szczególnych: ustawy o pomocy społecznej, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Załącznik nr 1 do uchwały nr 14/2014 Zarządu PFRON z dnia 21 lutego 2014 r. Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczenia wniosków o dofinansowanie w ramach Modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny samorząd”)
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (tj. realizacji zadań wynikających z zakresu statutowej działalności instytucji, bądź zawartych umów).
4. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane osobowe dotyczą, podanie przez klientów PCPR Brzozów danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
Natomiast w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa podanie danych osobowych do spełnienia w/w celu jest obowiązkowe.
W obu przypadkach konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania administracyjnego i realizacji ustawowych zadań ciążących na administratorze.
5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, wynikające z przepisów prawa zawartych w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt obowiązującym w PCPR Brzozów, przez okres wymagany w związku z kategorią archiwalną. Ponadto okres przechowywania może się wydłużyć np. z uwagi na obowiązki dochodzenia roszczeń.
6. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym na podstawie umowy powierzenia.
7. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne.
9. Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody, a nie np. na podstawie przepisów uprawniających administratora do przetwarzania tych danych to przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem.
10. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy /
opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego)

**KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKÓW W RAMACH
MODUŁU I OBSZAR A i B PILOTAZOWEGO PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD”**

Kryteria oceny		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku
1.	Aktywność zawodowa (jedno kryterium do wyboru):			
	osoba zatrudniona	40	40	
	osoba zarejestrowana w PUP jako bezrobotna lub poszukująca pracy	10		
2.	Zakres niepełnosprawności:			
a)	niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z orzeczenia)	10	10	
b)	orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniami, o których mowa w art.6b ust.3 pkt 7(konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji) i 8 (konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji) ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016 r. poz. 2046)	10		
3.	Stopień niepełnosprawności:			
a)	znaczny/orzeczenie do 16 roku życia	10	10	
b)	umiarkowany	5		
4.	Miesięczny dochód na członka rodziny			
a)	do 1 000 zł	10	10	
b)	powyżej 1 000 zł	5		
5.	Inne kryteria			
a)	osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	10	30	
b)	wnioskodawca po raz pierwszy ubiega się o dofinansowanie na przedmiot dofinansowania określony w danym zadaniu	10		
c)	osoba realizująca obowiązek szkolny lub osoba pobierająca naukę na poziomie wyższym (nauka w szkole wyższej, szkole policealnej, kolegium lub otwarty przewód doktorski poza studiami doktorskimi)	5		
d)	przedmiot dofinansowania podniesie jakość życia, wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia	5		
RAZEM pkt 1-5		maksymalnie 100 pkt		

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę,	Data, pieczętka i podpisy pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Weryfikacja formalna wniosku:		<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: w ramach Modułu I

negatywna: w ramach Modułu I

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

..... 2019 r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis: