

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu:** |  |
| **Nr sprawy:** |  |

**WNIOSEK „M-I”**

**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową**

**Obszar B – Zadanie nr 1,2,3,4**

**pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania**

|  |
| --- |
| **Obszar B – likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym** |
| ** Zadanie 1.** pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych, w tym dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności- do 16 roku życia)** Zadanie 2.** dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania** Zadanie 3.** pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z dysfunkcją narządu wzroku)** Zadanie 4.** pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (osoby ze znacznym bądź umiarkowanym stopniem niepełnosprawności oraz osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności- do 16 roku życia z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy) |

|  |
| --- |
| **1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY** |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** |  w swoim imieniu jako rodzic dziecka jako opiekun prawny dziecka/podopiecznego |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Imię ojca:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  kobieta  mężczyzna |
| **Dowód osobisty** | **Seria:** |  |
| **Numer:** |  |
| **Wydany przez:** |  |
| **Data wydania:** |  |
| **Data ważności:** |  |
| **Stan cywilny:** |  wolna/y zamężna/żonaty |
| **Gospodarstwo domowe:** |  samodzielne (osoba samotna) wspólne |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA NA POBYT STAŁY** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** |  miasto powyżej 5 tys. mieszkańców miasto do 5 tys. mieszkańców wieś |
| **ADRES ZAMELDOWANIA** |
|  Taki sam jak adres zamieszkania |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO** |
|  Nie dotyczy |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  kobieta  mężczyzna |
| **Pełnoletni:** |  tak  nie |
| **Dowód osobisty****(o ile dotyczy)** | **Seria:** |  |
| **Numer:** |  |
| **Wydany przez:** |  |
| **Data wydania:** |  |
| **Data ważności:** |  |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO** |
| **Stopień niepełnosprawności:** |  znaczny umiarkowany lekki nie dotyczy |
| **Grupa inwalidzka:** |  I grupa II grupa III grupa nie dotyczy |
| **Niezdolność:** |  całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji całkowita niezdolność do pracy częściowa niezdolność do pracy nie dotyczy |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** |  tak nie |
| **Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:** |  okresowo – do dnia:………………………………………… bezterminowo |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
|  05-R – narząd ruchu Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego 04-O – narząd wzroku osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma |
| Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol): 01-U – upośledzenie umysłowe 02-P – choroby psychiczne 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu osoba głucha 06-E – epilepsja 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia 08-T – choroby układu pokarmowego 09-M – choroby układu moczowo-płciowego 10-N – choroby neurologiczne 11-I – inne 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |

|  |
| --- |
| **AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO** |
|  nie dotyczy nieaktywna/y zawodowo bezrobotna/y (zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy) |  poszukująca/y pracy działalność gospodarcza działalność rolnicza zatrudniony |
| **Informacje dotyczące zatrudnienia (o ile dotyczy)** | **Zatrudniony od dnia:** |  |
| **Okres zatrudnienia:** |  na czas określony, do dnia:………………………………… na czas nieokreślony inny, jaki: |
| **Forma zatrudnienia:** |  stosunek pracy na podstawie umowy o pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę umowa cywilnoprawna staż zawodowy |
| **Nazwa pracodawcy:** |  |
| **Adres pracodawcy:** |

|  |
| --- |
| **OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/SZKOŁY/UCZELNI** |
|  nie dotyczy przedszkole szkoła podstawowa gimnazjum zasadnicza szkoła zawodowa liceum technikum |  szkoła policealna kolegium studia doktoranckie studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) studia podyplomowe inna, jaka:…………………………………………………….. |
| **NAZWA I ADRES PLACÓWKI/SZKOŁY/UCZELNI, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY UCZĘSZCZA** |
| **Nazwa placówki:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):** |  |
| **2. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON** |
| **Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym poprzez PCPR lub MOPR?** |  tak  nie |
| **Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)** | **Przedmiot dofinansowania****(co zostało zakupione ze środków PFRON)** | **Numer umowy** | **Data zawarcia umowy** | **Termin rozliczenia** | **Wysokość dofinanso- wania** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **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  |

|  |
| --- |
| **3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU** |
| Uwaga! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące odpowiedzi na poniższe pytania. W miarę możliwości każdą podaną informację należy udokumentować. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie merytorycznej wniosku. |
| **Pytanie/zagadnienie** | **Informacje Wnioskodawcy** |
| 1. Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu o niepełnosprawności. |  tak – 2 przyczyny niepełnosprawności tak – 3 przyczyny niepełnosprawności nie |
| 2. 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 MOPR)? |  tak nie |
| 3. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? *Jeśli tak proszę dołączyć do wniosku kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne.* |  tak – 1 osoba tak – więcej niż 1 osoba nie |
| 4. Czy Wnioskodawca, który jest aktywny zawodowo podnosi swoje kwalifikacje zawodowe? |  nie nie dotyczy tak (proszę opisać)…………………………….……………………………………………………… |
| 5. Osoba poszkodowana w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych |  tak nie |
| 6. Czy występują szczególne utrudnienia? Np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. *Proszę o udokumentowanie powyższych informacji.* |  tak (proszę opisać) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… nie |
| 7. Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu? |  tak nie |
| 8. Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego oraz w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji) | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA – Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1,2,3,4** |
| Proszę wymienić sprzęt elektroniczny o dofinansowanie którego  Wnioskodawca ubiega się  w ramach niniejszego wniosku nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/oprogramowania lub podać zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku  |
|  | **Opis** | **Orientacyjna cena brutto (w zł)** |
| **Zadanie 1.****Sprzęt elektroniczny:** |   |  |
| **Elementy sprzętu elektronicznego:** |  |  |
| **Oprogramowanie:** |  |  |
| **Zadanie 2 – dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania (opis szkolenia)** |  |  |
| **Zadanie 3.****Sprzęt elektroniczny:** |  |  |
| **Elementy sprzętu elektronicznego:** |   |  |
| **Oprogramowanie:** |  |  |
| **Zadanie 4:****Sprzęt elektroniczny:** |  |  |
| **Elementy sprzętu elektronicznego:** |  |  |
| **Oprogramowanie:** |  |  |
| **Razem:** |  |

|  |
| --- |
| **5. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA** |
| **Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)** |
|   |  |

|  |
| --- |
| **6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE** |
| **Posiadam/podopieczny posiada sprzęt komputerowy i oprogramowanie (jeśli tak, proszę podać jaki/jakie):**…………………………………………………………….. |  tak  nie |
| **Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego kursy komputerowe**: …………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Czy Wnioskodawca/podopieczny uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu komputerowego i oprogramowania:** |  tak  nie |
| W roku: |  | W ramach: |  |
| W roku: |  | W ramach: |  |

**Oświadczam, że:**

1. Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
2. 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: www.mopr.wloclawek.pl
3. W okresie ostatnich 5 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON na zakup sprzętu elektronicznego/jego elementów/ oprogramowania:  tak -  nie,
4. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej  10%,  30% ceny brutto sprzętu elektronicznego/jego elementów/ oprogramowania),
5. 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,
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 latbyłem(am)stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
8. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie 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 ....../ ....../ 2019r. ................................        podpis Wnioskodawcy |

|  |
| --- |
| **7. ZAŁĄCZNIKI: WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE** |
| **Nazwa załącznika** | **Wypełnia wyłącznie realizator programu****(zaznaczyć właściwe)** |
| **Dołączono do wniosku** | **Uzupełniono** | **Data uzupełnienia/uwagi** |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) lub orzeczenia o niepełnosprawności, *(oryginał do wglądu)* |  |  |  |
| 2. | Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)* |  |  |  |
| 3. | Klauzula informacyjna załącznik nr 2 |  |  |  |
| 4. | Dokument potwierdzający aktywność zawodową tj. zaświadczenie z PUP potwierdzające posiadanie statusu osoby bezrobotnej bądź statusu osoby poszukującej zatrudnienia z informacją od kiedy nastąpiła data rejestracji, a w przypadku osób pracujących kserokopia umowy o pracę, bądź aktualny dokument o prowadzonej działalności gospodarczej, rolniczej |  |  |  |
| 5. | Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej, *(oryginał do wglądu)* |  |  |  |
| 6. | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny, *(oryginał do wglądu)* |  |  |  |
| 7. | Kserokopia orzeczeń dodatkowych osób niepełnosprawnych w gospodarstwie domowym, *(oryginał do wglądu)* |  |  |  |
| 8. | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/ niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3,4,5 do formularza wniosku)* |  |  |  |
| 9. | Oświadczenie pełnomocnika, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firmy oferującej sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jest i nie był w żaden sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, itp. wg sporządzonego wzoru załącznika nr 6- o ile dotyczy |  |  |  |
| 10. | Oferta cenowa wnioskowanego przedmiotu dofinansowania |  |  |  |
| 11. | Dokument potwierdzający status osoby poszkodowanej w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, wystawionych np. przez MOPR, policję, straż pożarną – jeśli dotyczy  |  |  |  |
| 12. | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Załącznik nr 1 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – Moduł I*

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW**

**Przez pojęcie przeciętny miesięczny dochód** **wnioskodawcy** - należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 2220, z późn.zm.), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2017 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018 r. - M.P. 2018 poz. 911), według wzoru: [(3.399 zł x liczba hektarów)/12]/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy;

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

lub

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

przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów.

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

Ja niżej podpisany(a)............................................................................................ zamieszkały(a)

*(imię i nazwisko Wnioskodawcy)*

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

 *(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)*

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (zgodnie z przypisem nr 1):

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Średni miesięczny dochód**  |
| 1. | Wnioskodawca:……………………………………….. |  |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – ***poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą (bez imienia i nazwiska):*** | **X** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| RAZEM |  |
| Przeciętny miesięczny dochód na 1 członka gospodarstwa domowego(suma dochodu podzielona przez liczbę osób w gospodarstwie domowym) |  |

**Oświadczam, że:**

1. przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi ……………. zł. (słownie złotych): …………………………………………………. (należy wyliczyć zgodnie z przypisem nr 2);
2. prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

........................................, dnia....................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 dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu

.

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

Jeżeli wykazany przeciętny miesięczny dochód w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator programu ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

**Przypis nr 1**

**Dochód w rozumieniu ustawy o świadczeniach rodzinnych** - oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

1. przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, 30b, 30c, 30e i 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r.
o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1509, z późn. zm.), 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. dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym
od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
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 2018 r. poz. 917, 1000, 1076, 1608 i 1629),
* 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 doktoranckie przyznane na podstawie art. 209 ust. 1 i 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668 i 2024), stypendia sportowe przyznane na podstawie ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. z 2018 r., poz. 1263 i 1669) oraz inne stypendia o charakterze socjalnym przyznane 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 2018 r., poz. 967),
* 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,
* świadczenia pieniężne wypłacane w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów,
* pomoc materialną o charakterze socjalnym określoną w art. 90c ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r., poz. 1457, 1560 i 1669) oraz świadczenia, o których mowa w art. 86 ust. 1 pkt 1-3 i 5 oraz art. 212 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce,
* kwoty otrzymane na podstawie [art. 27f ust. 8-10](https://sip.lex.pl/#/dokument/16794311#art%2827%28f%29%29ust%288%29) ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
* świadczenie pieniężne i pomoc pieniężną określone w [ustawie](https://sip.lex.pl/#/dokument/18196005) z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 690),
* świadczenie rodzicielskie,
* zasiłek macierzyński, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników,
* stypendia dla bezrobotnych finansowane ze środków Unii Europejskiej.

**Przypis nr 2** – sposób wyliczenia przeciętnego miesięcznego dochodu przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą** | **=** | łączny przeciętny miesięczny dochód wykazany w wierszu **„Razem”** w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia |
| liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia |

*Załącznik nr 2 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – Moduł I*

***Klauzula informacyjna***

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie osób fizycznych w związku z  przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informuję, że:

**1.** Administratorem Pana/i danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku z siedzibą przy ul. Ogniowej 8/10, 87-800 Włocławek, tel. 54 423 23 00.

**2.** Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku wyznaczył Inspektora Ochrony Danych,  tel. 54 423 23 81

**3.** Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) w/w Rozporządzenia.

**4.** Przysługuje Pani/Panu prawo do:

– dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz do przenoszenia swoich danych, a także – w przypadkach przewidzianych prawem – prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych,

– wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego Rozporządzenia tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

**5**. Podanie danych w zakresie wymaganym obowiązującymi przepisami prawa jest obowiązkowe. W pozostałych przypadkach podawanie danych osobowych ma charakter dobrowolny.

**6.** Odbiorcą Pana/i danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**7.** Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.

**8**. Pana/i dane osobowe nie będą poddawane profilowaniu, o czym stanowi art. 22 Rozporządzenia.

 ……………………………………………………..

 *(Data i podpis osoby składającej oświadczenie)*

*Załącznik nr 3 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – Moduł I:* ***obszar B zadanie 1,2,3***

………………………………………

Stempelzakładu opieki zdrowotnej……............., dnia ……….………

 lub praktyki lekarskiej

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

 - *prosimy wypełnić czytelnie*

1. Imię i nazwisko Pacjenta ......................................................................................................
2. PESEL         
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

****jednego oka

****obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: *****nie dotyczy*

****w oku lewym do: ................................ stopni

**** w oku prawym do: .............................. stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): *****nie dotyczy*

****w oku lewym wynosi: ....................................................................

**** w oku prawym wynosi: ..................................................................

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

**** tak **** nie

……………………dnia…………………. ……………………………………………………

 pieczątka i podpis lekarza

*Załącznik 4 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – Moduł I:* ***obszar B zadanie 4***

*…………………………………………………..*

Stempelzakładu opieki zdrowotnej……............., dnia……….………

 lub praktyki lekarskiej

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

 - *prosimy wypełnić czytelnie*

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……........................................................................................

 PESEL ** ** **** **** **** **** **** **** **** **** ****

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się,
że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić  właściwe pole*  *oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db) | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db) |  |
|  | Inna dysfunkcja ucha lewego |  |
|  | Inna dysfunkcja ucha prawego |  |

……………………dnia…………………. ……………………………………………………

 pieczątka i podpis lekarza

*Załącznik 5 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – Moduł I:* ***obszar B zadanie 1,2***

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

Stempelzakładu opieki zdrowotnej.............................., dnia………………

 lub praktyki lekarskiej

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

 - *prosimy wypełnić czytelnie*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .................................................................................................................................................
2. PESEL ** ** **** **** **** **** **** **** **** **** ****
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):……………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:................................................................. | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:..................................................................................... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Inne schorzenia:.................................................................... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |

........................................, dnia .............. ...............................................

 (miejscowość ) (data) pieczątka i podpis lekarza

*Załącznik nr 6 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –* ***Moduł I: obszar B – zadanie nr 1,2,3,4***

 …………………., dnia……………

…………………………

 (imię i nazwisko Pełnomocnika)

…………………………

 (ulica)

…………………………

 (kod pocztowy, miejscowość)

**OŚWIADCZENIE PEŁNOMOCNIKA**

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………………………………………..

 (imię i nazwisko)

legitymujący/a się dowodem osobistym seria ………. nr ………………… oświadczam, iż nie jestem ani w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am właścicielem/ką, współwłaścicielem/ką, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jestem i nie byłem/am w żaden inny sposób powiązany/a z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

 *……………………………..*

*(czytelny podpis)*