

|  |  |
| --- | --- |
| **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 C – Zadanie nr 3**

**pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** | | |
|  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, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY UCZĘSZCZA** | | |
| **Nazwa placówki:** | |  |
| **Ulica:** | |  |
| **Nr domu:** | |  |
| **Nr lokalu:** | |  |
| **Miejscowość:** | |  |
| **Kod pocztowy:** | |  |
| **Poczta:** | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |
| 9. 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 C/Zadanie nr 3** | |
| Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | |
| **PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:** | **PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:** |
|  w zakresie ręki   przedramienia   ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym |  na poziomie podudzia   na wysokości uda (także przez staw kolanowy)   uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym |
| **Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):** | |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA** | | |
| **Rodzaj przedmiotu dofinansowania** | **Orientacyjna cena brutto (w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)** |
| Proteza |  |  |
| Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON |  |  |
| **Razem:** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE** | | | | | |
| **Przyczyna amputacji kończyny:** | | | |  uraz  inna, jaka: | |
|  | | | | | |
| **Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:** | | | |  stabilny  niestabilny | |
|  | | | | | |
| **Użytkuję protezę:** | | | | |  tak  nie |
| Od roku: |  | | | | |
| Rodzaj/opis techniczny: |  | | | | |
| **Czy wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy:** | | | | |  tak  nie |
| W roku: |  | W ramach: |  | | |
| W roku: |  | W ramach: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **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) | |
| **Numer rachunku bankowego:** |  |
| **Nazwa banku** |  |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA** |
| Oświadczam, że:  1.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,  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 3 lat uzyskałam/em pomoc ze środków PFRON na zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:  tak  nie,  4.Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto),  5.Na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam/em pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:  tak  nie,  6.Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak nie mogą pochodzić ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,  7.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,  8.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,  9.W ciągu ostatnich 3 lat byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak  nie,  10.Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, 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.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …................................. | …................................. | ….................................…................. |
| Miejscowość | Data | 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 stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, *(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. | Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku - *załącznik nr 3* |  |  |  |
| 5. | 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 |  |  |  |
| 6. | Kserokopia orzeczeń dodatkowych osób niepełnosprawnych w gospodarstwie domowym, *(oryginał do wglądu)* |  |  |  |
| 7. | Propozycja specyfikacji zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości – 2 oferty cenowe z różnych zakładów ortopedycznych (wypełnione w wersji elektronicznej dostępnej na stronie [www.mopr.wloclawek.pl](http://www.mopr.wloclawek.pl) i po wydrukowaniu opatrzone datą, pieczęcią i podpisem wystawcy. Oferty będą analizowane przez Eksperta PFRON)– *załącznik nr 4* |  |  |  |
| 8. | 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 5 .- o ile dotyczy* |  |  |  |
| 9. | 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);

1. prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

........................................, dnia....................r. .....................................................

*miejscowość podpis Wnioskodawcy*

**Uwaga:**  
W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na 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)*

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

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

Stempel zakładu 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. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy(*proszę zakreślić właściwe pole*  *oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Amputacja w zakresie ręki | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie przedramienia | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacja na poziomie podudzia | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy) | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
| **Przyczyna amputacji kończyny**: **** uraz **** inna, jaka ……………………………………………………………………. | | |
| **Aktualny stan procesu chorobowego: ** stabilny **** niestabilny  **Ocena zdolności do pracy** (*w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:*  ............................................................................................................................................................................................ | | |

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

Miejscowość data, pieczątka i podpis lekarza

*Załącznik nr 4 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –* ***Moduł I: obszar C – zadanie nr 3***

**Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorysu do protezy dla Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”**

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:…………………………………………………………………………………….

Poziom amputacji: ………………………………………………………………………………………………….

Ewentualne nieprawidłowości kikuta: ……………………………………………………………………………..

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

**Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych fabrycznie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p | | Nazwa elementu | Producent  i symbol elementu | Nazwa handlowa (jeśli jest ) | Parametry techniczne  i materiałowe | Okres gwarancji | Cena brutto |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma (w zł**) | | | | | |  |

**Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla wnioskodawcy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p | Nazwa elementu | Parametry techniczne  i materiałowe | Okres gwarancji | Cena brutto |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Suma (w zł**) |  |

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł) ……………………………………………….

*Załącznik nr 5 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –* ***Moduł I: obszar C – zadanie nr 3***

…………………., 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)*