

Wniosek złożono w Ośrodku Pomocy Społecznej  
w Chorzowie w dniu .....

 Nr sprawy:  
8412.....2019

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

**WNIOSEK - o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I**

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.

**Obszar C – Zadanie nr 1** - pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności i dysfunkcją uniemożliwiającą samodzielne poruszanie się za pomocą wózka o napędzie ręcznym

**1. INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY ( dane wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego wnioskodawcy), Opiekuna prawnego lub Pełnomocnika)**
**DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

Imię..... Nazwisko..... Data urodzenia .....r.  
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.  
przez..... Płeć:  kobieta  mężczyzna  
PESEL                 
Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/zonaty  
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały**

Kod pocztowy \_ \_ - \_ \_ \_ .....  
(poczta)  
Miejscowość .....  
Ulica .....  
Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....  
Województwo .....

**ADRES ZAMELDOWANIA**

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy \_ \_ - \_ \_ \_ .....  
(poczta)  
Miejscowość .....  
Ulica .....  
Nr domu ..... nr lokalu ..... Powiat .....  
Województwo .....

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

**Kontakt telefoniczny:** nr kier. ....nr telefonu.....  
nr tel. komórkowego:.....  
e-mail (o ile dotyczy): .....

**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”**
**DANE PERSONALNE**

Imię .....  
Nazwisko .....  
Data urodzenia:..... r.  
PESEL                 
Pełnoletni:  tak  nie Płeć:  kobieta  mężczyzna

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy \_ \_ - \_ \_ \_ .....  
(poczta)  
Miejscowość .....  
Ulica .....  
Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat .....  
Województwo .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu  - firma handlowa  - media  - OPS Chorzów  - PFRON  - inne, jakie:.....

<b>STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b> ( zgodnie z posiadanym orzeczeniem, dołączonym do wniosku)					
<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					
<b>RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b> wynikające z orzeczenia dołączonego do wniosku -należy 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"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 05-R narząd ruchu	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11-I inne
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 04-O narząd wzroku	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>Zakres dysfunkcji:</b>					
<b>NARZĄD RUCHU</b> w zakresie:		<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych		<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej	
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych		<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej		<input type="checkbox"/> innym	
- Wnioskodawca/ Dziecko/Podopieczny <u>nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego</u> <input type="checkbox"/>					
- Wnioskodawca/ Dziecko/Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie: ręcznym <input type="checkbox"/> elektrycznym <input type="checkbox"/>					
- Wnioskodawca/ Dziecko/Podopieczny porusza się przy pomocy wózka <input type="checkbox"/> niesamodzielnie / <input type="checkbox"/> samodzielnie					
<b>NARZĄD SŁUCHU:</b> <input type="checkbox"/> osoba niesłysząca <input type="checkbox"/> osoba wymagająca korzystania z usług tłumacza jęz. migowego <input type="checkbox"/> osoba niewymagająca korzystania z usług tłumacza jęz. migowego					
<b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA</b>					
<input type="checkbox"/> rencista <input type="checkbox"/> emeryt		<input type="checkbox"/> zainteresowany podjęciem zatrudnienia <input type="checkbox"/> nie zainteresowany podjęciem zatrudnienia			
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy					
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....			Nazwa pracodawcy: .....		
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....			Adres miejsca pracy: .....		
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę			Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....		
<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					
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza		<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....			
Nr NIP: .....		<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....			
		Miejsce prowadzenia działalności : .....			
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza		Miejsce prowadzenia działalności: .....			





**4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar C Zadanie 1**

Model (nazwa) wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:

Dopuszczalne obciążenie wózka:

Dodatkowe wyposażenie wózka:

**5. Wnioskowana kwota dofinansowania**

Przedmiot dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym		
Akumulator		
Inne, dodatkowe wyposażenie		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

**6. Informacje uzupełniające**

1) Wnioskodawca/podopieczny korzystał* już wcześniej z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (zna zasady korzystania z wózka z napędem elektrycznym):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2) Wnioskodawca/podopieczny aktualnie posiada* wózek o napędzie elektrycznym: MODEL ..... zakupiony ze środków: .....	rok nabycia: .....r. <input type="checkbox"/> nie dotyczy
3) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał także pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu: .....	<input type="checkbox"/> tak - w ..... roku <input type="checkbox"/> nie
4) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał również pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu: .....	<input type="checkbox"/> tak - w ..... roku <input type="checkbox"/> nie
5) Waga Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:	..... kg
6) Wzrost Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:	.....cm
7) Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych), w tym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
8) Mieszkanie, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
9) Wnioskodawca/podopieczny może* samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
10) Wnioskodawca/podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał* z pomocy innych osób:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
11) Czy w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego występują* przeciwwskazania do przyjmowania pozycji siedzącej, w tym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- występują odleżyny w okolicy kulszowej, krzyżowej, pięt:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- występują masywne przykurcze wyprostne biodra:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- zaawansowane deformacje tułowia uniemożliwiają bezpieczne przebywanie w siedzisku o dostępnym stopniu przystosowania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

\* - należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

\* - należy zaznaczyć właściwe

**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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl).
3. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:  tak -  nie,
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto),
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 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 w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na rachunek dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
9. Wyrażam zgodę, na udzielanie wszelkich informacji drogą telefoniczną w sprawie złożonego wniosku dotyczącego dofinansowania pilotażowego Programu „AKTYWNY SAMORZĄD” w roku 2019.

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.

Chorzów, dnia ...../...../2019 r.

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C1)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

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

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego.	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
<b>Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)</b>	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu rąk
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu nóg
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja
<b>W przypadku Pacjenta: (prosimy o zaznaczenie właściwego pola <input type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu)</b>	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka)
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej

pieczętka, nr i podpis lekarza  
i podpis lekarza specjalisty

pieczętka, nr  
i podpis lekarza specjalisty

**Prosimy o wypełnienie także drugiej strony**

3. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:

(proszę zakreślić właściwe pola )

<input type="checkbox"/>	<b>nie wymaga</b> zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
<input type="checkbox"/>	<b>wymaga</b> zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
<input type="checkbox"/>	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
<input type="checkbox"/>	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
<input type="checkbox"/>	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.)
<input type="checkbox"/>	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
<input type="checkbox"/>	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
<input type="checkbox"/>	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
<input type="checkbox"/>	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
<input type="checkbox"/>	w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
<input type="checkbox"/>	inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), <b>jakie:</b>

.....  
Pieczętka nr i podpis lekarza specjalisty



## 7 Załączniki: wymagane do wniosku

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)			
		Dołączono do wniosku	Nie dotyczy	Uzupełniono	Data
1.	Kserokopia/skan 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"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jedną osobę w rodzinie, pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 .do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych ( sporządzone według wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku- wypełnione przez wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oświadczenie o miejscu pobytu stałego zał. Nr 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zaświadczenie o: zatrudnieniu/prowadzeniu działalności gospodarczej lub rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna lub jako osoba poszukująca pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Zaświadczenie ze szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia (dot. osób uczących się)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Oferta handlowa sprzętu – dwie niezależne oferty przedmiotu dofinansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Zlecenie lekarskie uzupełnione przez NFZ w części dot. refundacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	RODO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Załącznik nr 1 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

## **Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Ośrodek Pomocy Społecznej w Chorzowie z siedzibą w Chorzowie przy ul. Raclawickiej 19 (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

---

*Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.*

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - *niepotrzebne skreślić*):

.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu tj. OPS Chorzów z siedzibą w Chorzowie przy ul. Raclawickiej 19 (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r. poz. 1000,1669). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

Załącznik nr 2 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

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.	<b>Wnioskodawca:</b> .....	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego wnioskodawcy- <b>poniżej należy wymienić tylko <u>stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą:</u></b>		<b>X</b>
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
<b>RAZEM =</b>		

### Oświadczam, także, że:

1) średni miesięczny dochód netto 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.

*/uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zapoznany z treścią art. 233 par. 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553 z późn. zm.), która brzmi: „kto składa zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”/*

Chorzów, dnia.....r.

.....

*podpis Wnioskodawcy*

### Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzją, na postawie, której przyznano środki finansowe PFRON może zostać uchylona 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

## POUCZENIE

Zgodnie z dokumentem pn. „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku” przez:

1) gospodarstwo domowe wnioskodawcy – należy rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

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;

2) 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 2018r., poz. 2220, 2354 oraz Dz. U. z 2019, poz. 60), **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 2015 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2016 r. - M.P. 2016 poz. 932), według wzoru:  $[(1.975 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ ;  
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.

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

**średni miesięczny dochód netto  
przypadający na jedną osobę pozostającą we  
wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą**

łączny średni miesięczny dochód netto 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 3 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy),

.....  
(nr PESEL)

**OŚWIADCZENIE**  
o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o *ewidencji ludności* (Dz. U. z 2018r., poz. 1382, 1544), zgodnie, z którym pobytym stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego / miejscem pobytu stałego dziecka / miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek<sup>2</sup> jest:

.....  
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 2016 r., poz. 1137 z późn. zm.) - *kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8*, potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....  
(podpis)

1. Osoba, której dotyczy wniosek o przyznanie dofinansowania w ramach programu pilotażowego *Aktywny Samorząd*.
2. Niepotrzebne skreślić.