

**WNIOSEK D - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu****o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową:

Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej. Adresowany do osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, będących przedstawicielami ustawowymi lub opiekunami prawnymi dziecka/dzieci

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola**DANE PERSONALNE**

Imię Nazwisko Data urodzenia r.

Dowód osobisty: seria nr wydany przez

termin ważności: data wydania

PESEL Stan cywilny: wolny/a zamężna/zamężnyGospodarstwo domowe wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne**MIEJSCE ZAMIESZKANIA****ADRES ZAMELDOWANIA**

Ulica Ulica

Nr domu nr lokalu Nr domu nr lokalu

Kod pocztowy - Miejscowość Kod pocztowy - Miejscowość

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)**Kontakt telefoniczny**

Ulica nr telefonu

Nr domu nr lokalu e-mail

Kod pocztowy - Miejscowość

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji znaczny stopień I grupa inwalidzka

lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji

 całkowita niezdolność do pracy umiarkowany stopień II grupa inwalidzka częściowa niezdolność do pracy lekki stopień III grupa inwalidzka**Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:** bezterminowo okresowo do dnia:**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY** OSOBA ZAREJESTROWANA W PUP JAKO: BEZROBOTNA POSZUKUJĄCA PRACY od kiedy: NIE DOTYCZY OSOBA ZATRUDNIONA NIE DOTYCZY**Rodzaj zatrudnienia:** stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania umowa cywilnoprawna (umowa zlecenie, umowa o dzieło) działalność gospodarcza, NIP inny, podać jaki

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

okres zatrudnienia:czas określony od dnia: do dnia: / czas nieokreślony

Telefon kontaktowy do pracodawcy:

1.	Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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 PCPR)?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3.	Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> nie
4.	Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)? Wnioskodawca można wykazać aktywność z okresu trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> tak (proszę opisać):
6.	Czy wnioskodawca w latach 2018 lub 2019 został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, należy opisać:

4. UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU.

Wnioskodawca powinien wykazać, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Imię i nazwisko dziecka Wnioskodawcy, które przebywa lub ma przebywać w placówce	Adres placówki, w której przebywa lub ma przebywać dziecko Wnioskodawcy	Proponowany okres dofinansowania		Koszt pobytu dziecka Wnioskodawcy w placówce	
		liczba miesięcy	(od-do)	miesięczny	razem w proponowanym okresie dofinansowania
RAZEM:					

4.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia umowy o świadczenie usług w żłobku lub przedszkolu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Oryginał zaświadczenia od pracodawcy potwierdzającego zatrudnienie lub kserokopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Kserokopia decyzji o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Zaświadczenie lub inny dokument stanowiący potwierdzenie przez właściwą jednostkę np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję o zdarzeniu losowym skutkującym stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Inne załączniki (należy wymienić):

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Wysokość **przeciętnego miesięcznego dochodu**, oblicza się na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, przez który należy rozumieć średni miesięczny dochód netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku i podzielony przez liczbę osób w gospodarstwie domowym.

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

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

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

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

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

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

Lp.	Imię i nazwisko	Średni miesięczny dochód
Dane dotyczące Wnioskodawcy:		
1.		
Pozostali członkowie gospodarstwa domowego Wnioskodawcy - poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą np. (mąż, syn, córka, itp.):		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
RAZEM:		

Oświadczam, że średni miesięczny dochód przypadający na jednego członka gospodarstwa domowego wynosi: zł gr.

(należy wyliczyć zgodnie z **przypisem nr 2**);

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dn.r.
miejscowość

.....
podpis Wnioskodawcy

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na postawie 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 1

Dochód – oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

1) przychód podlegający opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszony 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, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,

3) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych wymienione w ustawie o świadczeniach rodzinnych.

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się między innymi:

- świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych,
- dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych,
- świadczeń uzyskanych na podstawie przepisów o pomocy społecznej.

Uwaga! Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 3 do formularza wniosku).

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

$$\begin{array}{l} \text{średni miesięczny dochód netto} \\ \text{przypadający na jedną osobę pozostającą} \\ \text{we wspólnym gospodarstwie domowym} \\ \text{z Wnioskodawcą} \end{array} = \frac{\text{łączny średni miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „Razem” w} \\ \text{tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1} \\ \text{niniejszego Oświadczenia}}$$

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ REALIZATORA PROGRAMU ORAZ PFRON

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do jednostki organizacyjnej Realizatora programu tj. Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie z siedzibą w Zabrze przy ul. 3-go Maja 16 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)

.....
(ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....-
(kodu, miejscowość)

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 jednostkę organizacyjną Realizatora programu tj. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie z siedzibą w Zabrze przy ul. 3-go Maja 16 oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

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

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. zwanym dalej RODO informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: realizator programu Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu z siedzibą ul. 3 Maja 16, 41-800 Zabrze, tel. 32 2777800, mopr@zabrze.pol.pl oraz przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa;

2. Inspektorem ochrony danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Zabrzu jest Pan Michał Drozdowski z którym można się skontaktować pod adresem iodo@mopr.zabrze.pl, lub pod numerem telefonu tel. 32 2777848. z inspektorem Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych możesz skontaktować się mailowo: iod@pfron.org.pl lub listownie na adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, telefon: 22 50 55 500.;

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu dofinansowania jednego z poniższych zadań o które się Pani/Pan ubiega:

- uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych,
- zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych
- rehabilitacji dzieci i młodzieży,
- wsparcia wynikającego z programu „Aktywny Samorząd”,
- usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika,

ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą:

a) wskazane przez Pani/Pana we wniosku podmioty gospodarcze uzyskujące środki dofinansowania PFRON,

b) podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie obowiązującego prawa, gdy wystąpią z takim żądaniem w oparciu o stosowną podstawę prawną.

5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat liczonych na podstawie zasad wskazanych w przepisach o archiwizacji obowiązujących podmioty publiczne;

7. Posiada Pani/Pan prawo do:

a) dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać danych osób trzecich;

b) sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;

c) żądania usunięcia danych po upływie okresu, o którym mowa w pkt. 6.

8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych., gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy/przyznania dofinansowania. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(PESEL)

Oświadczam, iż zapoznałem się oraz akceptuję powyższe informacje i warunki dot. art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Zabrze,

..... (czytelny podpis)