



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

Aktywny Samorząd - program finansowany ze środków PFRON - CZĘŚĆ A wniosku

WNIOSEK - o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu Aktywny Samorząd - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

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 programu Aktywny Samorząd	
<input type="checkbox"/>	Obszar A – Zadanie nr 1 - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu
Cel - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych	
Adresaci zadania	
- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (dla osoby do 16 roku życia)	
- wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie	
- dysfunkcja narządu ruchu	
<input type="checkbox"/>	Obszar A – Zadanie nr 2 - pomoc w uzyskaniu prawa jazdy
Cel - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych	
Adresaci zadania	
- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności	
- wiek aktywności zawodowej	
- dysfunkcja narządu ruchu	
<input type="checkbox"/>	Obszar A – Zadanie nr 3 - pomoc w uzyskaniu prawa jazdy
Cel - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych	
Adresaci zadania	
- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności	
- wiek aktywności zawodowej	
- dysfunkcja narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystanie z usług tłumacza języka migowego	
<input type="checkbox"/>	Obszar A – Zadanie nr 4 - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu
Cel - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych	
Adresaci zadania	
- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności	
- wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie	
- dysfunkcja narządu słuchu	
<input type="checkbox"/>	Obszar B – Zadanie nr 1 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
Cel - przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu, słuchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego	
Adresaci zadania	
- znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (dla osoby do 16 roku życia)	
- wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie	
- dysfunkcja obu kończyn górnych lub narządu wzroku	
<input type="checkbox"/>	Obszar B – Zadanie nr 2 - dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
Cel - przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu, słuchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego	
Adresaci zadania	
- pomoc udzielona w ramach obszaru B	
<input type="checkbox"/>	Obszar B – Zadanie nr 3 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
Cel - przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu, słuchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego	
Adresaci zadania	
- umiarkowany stopień niepełnosprawności	
- dysfunkcja narządu wzroku	
- wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie	

<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie 4 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
<p>Cel - przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu, słuchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego</p> <p>Adresaci zadania</p> <ul style="list-style-type: none"> - znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (dla osoby do 16 roku życia) - dysfunkcja narządu słuchu - trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy - wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie 5 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego
<p>Cel - przygotowanie beneficjentów programu z zaburzeniami ruchu, słuchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych poprzez umożliwienie im włączenia się do tworzącego się społeczeństwa informacyjnego</p> <p>Adresaci zadania</p> <ul style="list-style-type: none"> - pomoc udzielona w Zadaniu: 1,3 lub 4 - znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (dla osoby do 16 roku życia)
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie 2 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<p>Cel - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych</p> <p>Adresaci zadania</p> <ul style="list-style-type: none"> - znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (dla osoby do 16 roku życia)
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie 3 - pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
<p>Cel - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych</p> <p>Adresaci zadania</p> <ul style="list-style-type: none"> - stopień niepełnosprawności - wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie - potwierdzona opinią eksperta PFRON stabilność procesu chorobowego - potwierdzone opinią eksperta PFRON rokowania uzyskania zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie 4 - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
<p>Cel - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych</p> <p>Adresaci zadania</p> <ul style="list-style-type: none"> - jak w zadaniu 3 pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie 5 – pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego
<p>Cel - przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych</p> <p>Adresaci zadania</p> <ul style="list-style-type: none"> - znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (dla osoby do 16 roku życia) - wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie - dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się - zgoda lekarza specjalisty na użytkowanie skutera o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym
<input checked="" type="checkbox"/> Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej
<p>Cel - umożliwianie beneficjentom programu aktywizacji zawodowej poprzez zastosowanie elementów wspierających ich zatrudnienie</p> <p>Adresaci zadania</p> <ul style="list-style-type: none"> - znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności - aktywność zawodowa - pełnienie roli przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego dziecka

1. Informacje o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar

PESEL Płeć: kobieta mężczyznaStan cywilny: wolna/y zamężna/zonatyGospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

Liczba osób w gospodarstwie domowym

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stałyKod pocztowy -

Miejscowość

Ulica Nr domu nr lok.

Powiat, województwo

 miasto wieś

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

Kontakt telefoniczny:

nr kier.....nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

 - firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

- | | | |
|---|--|---|
| <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 |

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

- | | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 05-R narząd ruchu | | <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | | |
| <input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe | <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - pęciowego | <input type="checkbox"/> 04-O narząd wzroku |
| <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja | <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego | <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> 11-I inne |

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA niezatrudniona/y: od dnia:..... niepracujący i niezarejestrowana/y w PUP

<input type="checkbox"/> bezrobotna/y zarejestrowana/y w PUP od dnia:.....		
<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w PUP od dnia:.....		<input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> określony <input type="checkbox"/> nie dotyczy		Nazwa Pracodawcy
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony (okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące) <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna, jaka zawarta na okres od do (okresy obowiązywania) umów następujących po sobie sumują się) <input type="checkbox"/> staż zawodowy w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy od dnia do dnia <input type="checkbox"/> inna forma zatrudnienia, jaka na okres		Adres pracodawcy
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy Prawo przedsiębiorców Nr NIP:	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej dokonanego w urzędzie: Miejsce prowadzenia działalności	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników	Miejsce prowadzenia działalności:	
ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ		
<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA (jakie)	
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE Klasa/rok semestr		
		<input type="checkbox"/> nie dotyczy
NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA		
Nazwa szkoły Adres		

2. Dochód za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek

Kwota przeciętnego miesięcznego dochodu na osobę obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosekzł (obliczona według poniższej definicji).

* Przez przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy należy rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (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: $[(3.399 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$.

3. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON_w ciągu ostatnich 3 lat (licząc przed rokiem, w którym złożono wniosek), w tym poprzez PCPR lub MOPR? – <u>informacje podlegają weryfikacji w PFRON Oddział Mazowiecki</u>						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
Razem uzyskane dofinansowanie:							
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Jeżeli tak, proszę podać z jakiego tytułu oraz wysokość zobowiązania							
Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął							

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I Obszar D

Imię i nazwisko dziecka Wnioskodawcy PESEL	Dane placówki, która zapewnia opiekę nad dzieckiem (żłobek, przedszkole, Niania)	Proponowany okres dofinansowania		Orientacyjny koszt pobytu dziecka Wnioskodawcy w placówce	
		liczba miesiące	(od-do)	miesięczny	razem w proponowa nym okresie dofinanso wania
RAZEM:					

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Razem	Orientacyjny koszt	Kwota wnioskowana w pełnych złotych

6. Dodatkowe informacje o Wnioskodawcy - ocena merytoryczna – pod uwagę brane są tylko te informacje, które zostały potwierdzone stosownym dokumentem (dotyczy punktów w tabeli: 3,4,5,7,8,9,10,11)

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) Uzasadnienie wniosku</p> <p>(w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego).</p> <p>Uzasadnienie powinno wskazywać na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów zadania</p> <p>Cele zadania zgodnie z opisem na stronie 1-2 (przy właściwym obszarze, zadaniu)</p> <hr/> <p>W przypadku gdy Wnioskodawca ubiega się ponownie o udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, jest zobowiązany wskazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego dofinansowania ze środków PFRON (<u>nie dotyczy obszaru D</u>)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>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 rozumiany ogólnie jako zadanie, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p>

4) Czy Wnioskodawca uczy się w szkole ponadgimnazjalnej / policealnej / studiuje	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
5) Czy Wnioskodawca jest zatrudniony	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
6) Czy przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia (opisać w jaki sposób)
7) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. nauka w szkole policealnej lub szkole wyższej, kursy zawodowe, nauka języków obcych) 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)? - można wykazać aktywność dotyczącą 3 lat wstecz od daty złożenia wniosku	<input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):
8) Czy Wnioskodawca działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych lub inaczej obywatelsko / społecznie
9) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.	<input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać): <input type="checkbox"/> - nie
10) Czy Wnioskodawca w roku 2018 lub roku 2019 został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych nieprzewidzianych i niezawinionych przez Wnioskodawcę	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
11) Czy małżonek Wnioskodawcy jest zatrudniony	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

Zgodnie z art. 6 ust 1 lit. a RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez Administratora, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej, ul. Widnichowska 20, 07-300 Ostrów Mazowiecka, w celu kontaktu telefonicznego i/lub mailowego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

Miejscowość, data

Czytelny podpis

Oświadczam, że:

- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprostrowmaz.pl
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15% kosztów ,
- 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,

5. 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,
6. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub na konto bankowe placówki na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub zaświadczenia wydanego przez placówkę potwierdzającego poniesienie kosztów lub inny dokument potwierdzający sprawowanie opieki (dot. sprawowania opieki nad dziećmi do lat 3)
8. nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się w roku 2019 odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora jak Powiat Ostrowski: tak - nie
9. w przypadku zmiany danych zawartych we wniosku, zobowiązuję się bezzwłocznie poinformować Realizatora

INFORMACJA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej, adres: ul. Widnichowska 20, 07-300 Ostrow Mazowiecka;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: pcpr@powiatostrowmaz.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawy z dnia 24 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku.
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

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.

<p>..... dniar.</p>	<p>Czytelny podpis Wnioskodawcy</p>
---------------------------	--

8. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Dokument potwierdzający przyjęcie dziecka do placówki na okres wnioskowanego dofinansowania (np. umowa z przedszkolem), z którego wynikała będzie wysokość miesięcznej opłaty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu stwierdzającego pełnienie opieki prawnej nad dzieckiem			
6.	Zaświadczenie z PUP o zarejestrowania jako osoba bezrobotna lub jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu			
7.	Oryginał dowodu osobistego do wglądu	sprawdzono	Tak <input type="checkbox"/>	
8.	Załączniki wymagane do oceny merytorycznej wniosku: - Orzeczenie o niepełnosprawności osoby wspólnie gospodarującej - do wglądu pracownika PCPR (pkt. 3) <input type="checkbox"/> - Dokument potwierdzający pobieranie nauki (pkt. 4) <input type="checkbox"/> - Dokument potwierdzający zatrudnienie (pkt. 5) <input type="checkbox"/> - Dokumenty potwierdzające aktywność zawodową Wnioskodawcy (pkt 7) <input type="checkbox"/> - Dokumenty potwierdzające aktywność na rzecz osób niepełnosprawnych, działalność społeczną / obywatelską (pkt. 8) <input type="checkbox"/> - Dokumenty potwierdzające występowanie „szczególnych utrudnień” (pkt. 9) <input type="checkbox"/> - Dokumenty wystawione przez właściwą jednostkę potwierdzające wystąpienie zdarzeń losowych lub działanie żywiołów (pkt. 10) <input type="checkbox"/> - Zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie małżonka wraz z załącznikiem Nr 2 podpisanym przez małżonka (klauzula RODO) (pkt. 11) <input type="checkbox"/>	Sprawdzono Tak <input type="checkbox"/>		
9.	Inne załączniki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.				
11.				