| Data wpływu wniosku: | Nr sprawy: |
|---|---|
| | |

*Wypełnia Realizator programu*

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

*program finansowany ze środków PFRON*

# WNIOSEK „P” - *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 Obszar A Zadanie 3

pomoc w uzyskaniu prawa jazdy

## 1. Informacje Wnioskodawcy – *należy wypełnić wszystkie pola*

### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

**Imię**.....**Nazwisko**.....

**PESEL** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

**Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy**: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

| MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały | ADRES ZAMELDOWANIA (**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**) |
|---|---|
| Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐ ..... (poczta) | Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐..... (poczta) |
| Miejscowość ..... | Miejscowość ..... |
| Ulica ..... | Ulica ..... |
| Nr domu ..... nr lok. ..... Powiat ..... | Nr domu ..... nr lokalu ..... |
| Województwo ..... | Powiat ..... |
| ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś | Województwo ..... |
| Adres korespondencyjny (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**): | **Kontakt telefoniczny**: nr kier. ... ..nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... e-mail (*o ile dotyczy*): ..... |

### STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| | | |
|---|---|---|
| ☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | ☐ znaczny stopień | ☐ I grupa inwalidzka |
| ☐ całkowita niezdolność do pracy | ☐ umiarkowany stopień | ☐ II grupa inwalidzka |
| ☐ częściowa niezdolność do pracy | ☐ lekki stopień | ☐ III grupa inwalidzka |

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ..... ☐ bezterminowo

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ **NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie: ☐ **obu** kończyn górnych ☐ **jednej** kończyny górnej

☐ **obu** kończyn dolnych ☐ **jednej** kończyny dolnej ☐ innym

Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: tak ☐ nie ☐

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ **NARZĄD WZROKU 04-O** | | ☐ **osoba niewidoma** | | ☐ **osoba głuchoniewidoma** |
| ☐ 01-**U** upośledzenie umysłowe | ☐ 03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br>☐ - **OSOBA GŁUCHA** | ☐ 07-**S** choroby układu oddechowego i krążenia | ☐ 09-**M** choroby układu moczowo - płciowego | ☐ 11-**I** inne |
| ☐ 02-**P** choroby psychiczne | ☐ 06-**E** epilepsja | ☐ 08-**T** choroby układu pokarmowego | ☐ 10-**N** choroby neurologiczne | ☐ 12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe |

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

☐ **nieaktywna/y zawodowo** ☐ **bezrobotna/y** ☐ **poszukująca/y pracy: od dnia:**..... ☐ **nie dotyczy**

☐ **zatrudniona/y: od dnia:**..... **do dnia:** .....

☐ **na czas nieokreślony** ☐ **inny, jaki:** .....

☐ 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 miejsca pracy**: .....

.....

**Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:**

☐ **działalność gospodarcza** ☐ **działalność rolnicza**

Nr NIP: ..... Miejsce prowadzenia działalności: …….

## OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | ☐ LICEUM | ☐ TECHNIKUM | ☐ **nie dotyczy** |
| ☐ SZKOŁA POLICEALNA | ☐ KOLEGIUM | ☐ INNA, jaka: | |
| ☐ STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) | ☐ STUDIA PODYPLOMOWE | ☐ STUDIA DOKTORANCKIE | |

## NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

**Nazwa szkoły** ..... **klasa/rok** ..... **Kod pocztowy** .....
**Miejscowość** ..... **ulica** ..... **Nr domu** .....

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

| | |
|---|---|
| **Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego 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) | **Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)** | Rok zawarcia umowy | Rok rozliczenia umowy | Kwota dofinansowania (w zł) |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | | | | **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 informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować (*np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby*) w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest **zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.**

| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
|---|---|
| 1) **Uzasadnienie wniosku** (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji) | .....<br>.....<br>.....<br>..... |
| 2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu o niepełnosprawności. | ☐ - tak - 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie<br>☐ - tak - 3 przyczyny niepełnosprawności |
| 3) 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)? | ☐ - tak<br>☐ - nie (proszę wskazać istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON)<br>.....<br>.....<br>..... |
| 4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? – **jeśli tak, proszę to udokumentować** | ☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - nie |
| 5) Czy Wnioskodawca jest aktywny zawodowo i 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)? – **jeśli tak, proszę udokumentować** | ☐ - nie ☐ - nie dotyczy ☐ - tak (proszę opisać) |
| 6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. – **jeśli tak, proszę to udokumentować** | ☐ - tak ☐ - nie<br>.....<br>..... |

MIEJSCE NA DODATKOWY WPIS DO RUBRYK WNIOSKU

## 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar A Zadanie nr 2 oraz nr 3

Przez **koszty uzyskania prawa jazdy** rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy oraz pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy kategorii B, tj. koszty dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca, a także koszt usług tłumacza języka migowego.

| **Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii**: | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ **B** ☐ **B1** | ☐ **B+E** | ☐ **C** | ☐ **C+E** | ☐ **C1** |
| ☐ **C1+E** | ☐ **D** | ☐ **D+E** | ☐ **D1** | ☐ **D1+E** |
| ☐ **T** | ☐ **inna kategoria**, jaka: | | | |

Wnioskodawca posiada orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem: ☐ NIE ☐ TAK

Dla Wnioskodawcy celem prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i egzaminu na prawo jazdy, niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza migowego (oświadczenie/zapotrzebowanie Wnioskodawcy): ☐ NIE ☐ TAK

Planowany termin kursu: ....., nazwa i adres ośrodka:.....
.....

Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca: ☐ NIE ☐ TAK

## 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

| **Koszty uzyskania prawa jazdy:** | **Orientacyjna cena brutto (w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)** |
|---|---|---|
| Koszt kursu i egzaminów | | |
| Koszt usług tłumacza migowego | | |
| ***oraz o ile dotyczy*** *(tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)* | | |
| Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu | | |
| Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu | | |
| **Razem** | | |

## 6. Informacje uzupełniające

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA PRAWA JAZDY: ☐ NIE ☐ TAK 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 .....

Właściciel rachunku bankowego .....

**Oświadczam, że:**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu ostródzkiego: ☐ **tak** - ☐ **nie**,
2. 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,
3. 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,
4. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej **25% kosztów**

uzyskania prawa jazdy,

5. jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych w 2018 lub 2019 roku: ☐ **tak - ☐ nie** (jeśli tak, należy to odpowiednio udokumentować),
6. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy: ☐ **tak - ☐ nie**,
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 może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy 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.

..... dnia ..... /..... /20..... r. .....

**podpis Wnioskodawcy**

## 7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8-12)

| | **Nazwa załącznika** | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU** *(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) | ☐ | ☐ | |
| 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. | Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami; zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim | ☐ | ☐ | |
| 4. | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)* - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu, sztuk ……. | ☐ | ☐ | |
| 5. | W przypadku osób zatrudnionych zaświadczenie od pracodawcy o zatrudnieniu | ☐ | ☐ | |
| 6. | W przypadku Wnioskodawców poszkodowanych w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych w 2018 lub 2019 roku – wystawiony dokument przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję) | ☐ | ☐ | |
| 7. | W przypadku braku oznaczenia dysfunkcji narządu ruchu w aktualnym orzeczeniu – zaświadczenie od lekarza specjalisty potwierdzające problemy w poruszaniu się | ☐ | ☐ | |
| 8. | Oświadczenie Wnioskodawcy na wsparcie w formie usług tłumacza migowego | ☐ | ☐ | |
| 9. | Inne załączniki (należy wymienić): | ☐ | ☐ | |
| 10. | | ☐ | ☐ | |
| 11. | | ☐ | ☐ | |
| 12. | | ☐ | ☐ | |

# 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. | Wnioskodawca: ..... | |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – ***poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą***: | | **X** |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| 7. | | |
| | RAZEM | |

**Oświadczam, także że**:

1) średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .....zł (słownie złotych: .....
.....)

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r. .....
*miejscowość* *podpis Wnioskodawcy*

**Uwaga:**

W przypadku podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie 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.

**Wyjaśnienia:**

- Przez pojęcie ***przeciętnego miesięcznego dochodu*** 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, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, a w przypadku działalności rolniczej na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z 1 ha przeliczeniowego (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego).

- Przez pojęcie ***wspólne gospodarstwo domowe*** – należy rozumieć wszystkich członków rodziny wraz z Wnioskodawcą, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.
- Za ***samodzielne 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.

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

**Dochód netto to po odliczeniu:**

- przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, 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, deklarowany w oświadczeniu 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,
- inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Dodatkowo przy ustalaniu dochodu netto w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

Szczegółowe zasady ustalania dochodu netto stanowiącego podstawę obliczenia, rodzaj gospodarstwa domowego (samodzielne/wspólne) oraz wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, określone zostały w art. 3 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych i ustawie o pomocy społecznej 12 marca 2004.

**Uwaga! Wnioskodawca na żądanie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie - 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).

Jeżeli wykazany średni miesięczny dochód netto na osobę 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.

Sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu netto przypadającego
na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\textbf{średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą} = \frac{\text{łączny średni miesięczny dochód netto}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym (wraz z Wnioskodawcą)}}$$

***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. Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Ostródzie, przy ul. Jana III Sobieskiego 5, 14-100 Ostróda (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".

---

……
*(imię i nazwisko)*

……
*(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)*

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. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostródzie, przy ul. Jana III Sobieskiego 5 14-100 Ostróda (administratora 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 art. 6 ust. 1 lit. c) lub art. 9 ust. 2 lit. b) RODO.
Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

……
*Data i podpis osoby składającej oświadczenie*