



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 A – Zadanie nr 2 lub 3 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy

DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ dla osoby z dysfunkcją narządu ruchu (wniosek A2) ☐ dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego (wniosek A3)
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ we własnym imieniu

DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto powyżej 5 tys. mieszkańców ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

ADRES KORESPONDENCYJNY
☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki ☐ nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy

Niezdolność do pracy:	☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji ☐ całkowita niezdolność do pracy ☐ częściowa niezdolność do pracy ☐ nie dotyczy
------------------------------	---

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 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	
Nazwa pola	Zawartość
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

☐ nie dotyczy ☐ nieaktywna/y zawodowo ☐ bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy) Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach): ☐ poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony) ☐ zatrudniony

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

Forma zatrudnienia	Od dnia	Na czas nieokreślony	Do dnia
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		☐ tak ☐ nie	
☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		☐ tak ☐ nie	
☐ umowa cywilnoprawna		☐ tak ☐ nie	
☐ staż zawodowy		☐ tak ☐ nie	
☐ działalność gospodarcza		☐ tak ☐ nie	
☐ działalność rolnicza		☐ tak ☐ nie	

☐ wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania		☐ tak ☐ nie	
---	--	---	--

OBECNIE WNIOSKODAWCA JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

☐ Nie dotyczy ☐ Przedszkole ☐ Szkoła podstawowa ☐ Zasadnicza Szkoła Zawodowa ☐ Technikum ☐ Liceum ☐ Szkoła policealna ☐ Kolegium ☐ Studia I stopnia ☐ Studia II stopnia ☐ Studia magisterskie (jednolite) ☐ Studia podyplomowe ☐ Studia doktoranckie ☐ Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi) ☐ Szkoła doktorska ☐ Uczelnia zagraniczna ☐ Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE ☐ Każda inna, jaka:
--

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 za pośrednictwem PCPR lub MOPR?

☐ tak ☐ nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
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. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...)”.

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:

☐ tak ☐ nie

UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

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 ☐ nie

Czy wnioskodawca uzyskał w ciągu ostatnich 3 lat pomoc ze środków PFRON na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy:

☐ tak ☐ nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (w obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym):

Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – należy przez to rozumieć:

a) osobę zamieszkujejącą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz. U. z 2020 r. poz. 764), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876), a także,

b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/ potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).

☐ tak ☐ nie

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- ☐ firma handlowa
- ☐ media
- ☐ Realizator programu
- ☐ PFRON
- ☐ inne, jakie:

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

☐ indywidualne ☐ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Średni dochód (przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy) - dochód netto 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; 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 roku poprzedzającym złożenie wniosku na podstawie Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obliczony wg wzoru: $[\text{przeciętny dochód z ha} \times \text{liczba hektarów}] / 12 / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$.

Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie Dokument_5_Wyjasnienia_dot_ustalania_wysokosci_dochodu.pdf dostępnym wraz z dokumentacją dla

naboru.

☐ Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 2 lub 3

Nazwa pola	Zawartość
Kategoria prawa jazdy:	☐ B ☐ B1 ☐ B+E ☐ C ☐ C+E ☐ C1 ☐ C1+E ☐ D ☐ D+E ☐ D1 ☐ D1+E ☐ T ☐ Inna
Inna, jaka:	
Planowany termin kursu – Od dnia:	
Planowany termin kursu – Do dnia:	
Nazwa ośrodka:	
Adres ośrodka:	
Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca:	☐ tak ☐ nie
Wnioskodawca potrzebuje wsparcia tłumacza migowego celem prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i na egzaminie prawa jazdy:	☐ tak ☐ nie

WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
☐ Koszty uzyskania prawa jazdy (kurs i egzaminy) w tym:		
☐ Koszty jazd doszkalających:		
☐ Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu oraz koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu:		
Koszt zakwaterowania, wyżywienia i dojazdów dotyczy wyłącznie kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca. Do rozliczenia dofinansowania będą potrzebne faktury, bilety PKP II klasy, a w przypadku dojazdu samochodem - kalkulacja poniesionych kosztów - liczba kilometrów ogółem, zużycie paliwa na 100 km, cena paliwa.		
☐ Koszty usług tłumacza migowego (dotyczy dofinansowania dla osób z dysfunkcją narządu słuchu w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza migowego):		
Razem:		
Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:		

Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

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

<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>	<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....,
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji **narządu ruchu** pacjenta (opis):
-
-
-
-
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
-
-
-
-
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą*):

☐	* Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie <i>obu kończyn górnych</i> <i>(dotyczy obszaru B-1 wniosku)</i>	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Dysfunkcja czterokończynowa	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Dysfunkcja obu rąk i jednej nogi	pieczętka, nr i podpis lekarza

☐	Dysfunkcja obu nóg i jednej ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Dysfunkcja jednej ręki i jednej nogi	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	* Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:..... (dotyczy obszaru B-1 wniosku)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Brak obu kończyn dolnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	* Brak jednej kończyny górnej na wysokości/od:..... (dotyczy obszaru C-3,4 wniosku)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	* Brak jednej kończyny dolnej na wysokości/od:..... (dotyczy obszaru C-3,4 wniosku)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia, których następstwem jest dysfunkcja narządu ruchu:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

* Dysfunkcja warunkująca uczestnictwo w programie

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu słuchu Pacjenta dotyczy:

☐ jednego ucha

☐ obydwu uszu

b) Pacjent ma ubytek słuchu:

☐ w uchu lewym: db

☐ w uchu prawym: db

**c) Pacjent komunikuje się z otoczeniem metodami wspomagającymi/alternatywnymi,
korzysta ze wsparcia tłumacza języka migowego:**

☐ tak ☐ nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak ☐ nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oławie oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie w Oławie przy ul: Kutrowskiego 31a (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (administratora danych) z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych. 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. POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE w OŁAWIE przy ul: Kutrowskiego 31a (administrator danych) oraz przez PFRON (administratora danych) z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Klauzula informacyjna dla osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Oławie z siedzibą w Oławie, przy ul. Kutrowskiego 31a oraz Państwowy Fundusz Osób Niepełnosprawnych (PFRON).
2. Inspektorem ochrony danych PCPR w Oławie jest Pani Katarzyna Bala-Antczak. W razie jakichkolwiek wątpliwości związanych z przetwarzaniem dotyczących Pani/Pana danych, kontakt z Inspektorem jest możliwy pod adresem: biuro@abi-kancelaria.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia złożonego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON, na podstawie art. 6 ust 1 lit. b, c RODO z dnia 27 kwietnia 2016 r. nr 629/2016.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy PCPR w Oławie odpowiedzialni za przydzielone zadanie, PFRON a także mogą być upoważnione podmioty na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez PCPR w Oławie w okresie wskazanym w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
7. Jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem przyznania dofinansowania. W razie niepodania danych osobowych Pani/Pana wnioski o dofinansowanie pozostanie bez rozpatrzenia.
9. Pani/Pana dane będą także przetwarzane w sposób zautomatyzowany w programie wspomagającym sprawozdawczość pn. SOW.

Zgodnie z art. 21 ust. 4 RODO informuję, iż przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących Pani/Panu danych osobowych. Sprzeciw należy zgłosić inspektorowi ochrony danych, którego dane kontaktowe wskazane są w pkt 2. Zgodnie z art. 21 ust. 1 RODO, składając sprzeciw, należy wskazać jego przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją.

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ Z OBOWIĄZKIEM INFORMACYJNYM

.....
Data

.....
podpis czytelny

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

Nie ubiegam i nie będę się ubiegał(a) w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).

Nie otrzymałem/am w roku bieżącym, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania lub dotacji ze środków PFRON na ten sam cel finansowy,

Zgłoszę bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych w niniejszym wniosku.

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.

Zapoznałem(-em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” na 2023 rok, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz **przyjęłem(-ąłem)** do wiadomości, że tekst Programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl a także na stronie www.pcpr-olawa.pl

Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o pomoc nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji Programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy w sprawie pomocy jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w Programie także w dniu podpisania umowy.

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.

W ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ **tak** - ☐ **nie**,

Posiadam środki finansowe na pokrycie **wkładu własnego** (w przypadku osób wskazanych do konieczności jego pokrycia w „Kierunkach działań (...) na 2023 rok”).

Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak nie mogą pochodzić ze środków PFRON.

Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT (lub innych dowodów księgowych, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe).

..... dnia 2023 r.

.....

podpis wnioskodawcy