

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

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar B – Zadanie nr 1 lub 3 lub 4**

pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.

**DANE WNIOSKODAWCY
ROLA WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją obu kończyn górnych lub narządu wzroku ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczeniem o niepełnosprawności (wniosek B1) <input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu wzroku i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (wniosek B3) <input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu (wniosek B4)
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego notarialnie z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

Do wniosku należy dołączyć skan pełnomocnictwa umieszczając go na liście załączników.

☐ Jako pełnomocnik oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jestem i nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

DANE WNIOSKODAWCY
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

ADRES KORESPONDENCYJNY☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY
DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.

☐ Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocшта:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

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 lub dziecko/podopieczny 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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi 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 niezatrudniona/y)
☐ zatrudniona/y

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

Forma zatrudnienia	Od dnia	Na czas nieokreślony	Do dnia
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

<input type="checkbox"/> wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
---	--	---	--

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) 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/podopieczny uzyskał w ciągu ostatnich 5 lat pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania?

☐ tak ☐ nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:	

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ramach innych zadań niż pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania 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

Posiadam/podopieczny posiada następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie:

☐ tak ☐ nie

Proszę wymienić:

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego kursy komputerowe:

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, 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, 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 2023 roku (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 20 września 2024 r., według wzoru: [(5.451 zł x liczba hektarów)/12]/ 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 B/Zadanie nr 1 lub 3 lub 4

Przedmiot pomocy	Typ sprzętu	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Standardowy sprzęt komputerowy w dowolnej konfiguracji/zestawie (monitor, stacja, drukarka, osprzęt) lub laptop	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Smartfon lub tablet	<input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Zestaw urządzeń brajlowskich w dowolnej konfiguracji	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Urządzenie lektorskie, niezależnie od konfiguracji	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Linijka - urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Drukarka - urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Każde inne urządzenie brajlowskie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> Inny sprzęt lub urządzenie elektroniczne, z wyłączeniem urządzeń brajlowskich	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		

<input type="checkbox"/> Oprogramowanie	<input type="checkbox"/> Stacjonarny <input type="checkbox"/> Mobilny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy		
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 DO WNIOSKU

Lp.	Plik

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

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

Wymagane do złożenia wniosku:

- Załącznik nr 1 - aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności Wnioskodawcy (lub dziecka jeśli dotyczy)
- Załącznik nr 2 - oświadczenie o wysokości dochodów – wzór realizatora
- Załącznik nr 3 - zaświadczenie od lekarza specjalisty – wzór realizatora
- Załącznik nr 4 - zaświadczenie o zatrudnieniu - wzór realizatora (jeśli dotyczy)
- Załącznik nr 5 - informacja o przetwarzaniu danych osobowych – wzór realizatora
- Załącznik nr 6 - akt urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka
- Załącznik nr 7 - oświadczenie wnioskodawcy – wzór realizatora
- Załącznik nr 8 – 2 oferty cenowe / kosztorysy z dwóch różnych sklepów
- Załącznik nr 9 - dokument stanowiący opiekę prawną – jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną

Wymagane do rozliczenia dofinansowania (po podpisaniu umowy):

- faktura dokumentująca zakup
- dowód wpłaty (jeśli z faktury nie wynika, że zapłacono)
- załącznik numer 2 z umowy dofinansowania

Informacja dodatkowa – dokumenty należy dołączyć do wniosku w formie:

1. •skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW,
 2. •kopii – w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem oświadczeń, które załącza się w oryginale.
- Ważne: jednostka udzielająca wsparcia ma możliwość wezwać Wnioskodawcę do okazania oryginału dokumentu.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, § 1 Kodeksu karnego i pouczony(a) o jego treści: „*kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8*”,
oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Człuchowskiego,
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą i stanem faktycznym, oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałem/łam się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Aktywny samorząd” w roku 2025 (m.in. z dokumentem „*Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów programu Aktywny Samorząd w 2025 r.*”), które przyjmuje do wiadomości i stosowania, oraz przyjąłem/łam do wiadomości, że treść programu jest dostępna pod adresem www.pfron.org.pl a także na stronie internetowej Starostwa Powiatowego w Człuchowie (starostwo.czluchow.org.pl),
4. 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 spełnienie 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 zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. zobowiązuję się niezwłocznie informować realizatora programu o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku (w tym o posiadaniu nowego, aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, które kopię/ skan należy dostarczyć NIEZWŁOCZNIE po jego uzyskaniu),
7. przyjmuję do wiadomości, że uzyskane dofinansowanie będzie wypłacane w formie refundacji poniesionych kosztów (z wyjątkiem Modułu I, obszar D) na podstawie przedłożonych dokumentów rozliczeniowych,
8. **w ciągu ostatnich trzech lat nie byłem/łam stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.**

.....
miejsce, data

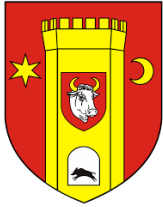
.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

WKŁAD WŁASNY

Oświadczam, że posiadam środki finansowe w wysokości wystarczającej na obowiązkowy wkład własny kwoty brutto do realizacji zadania – wynikający z dokumentu „*Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów programu Aktywny samorząd w 2025 roku*” (punkt 22).

.....
miejsce, data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy



Klauzula RODO

W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych w ramach realizacji programu „Aktywny samorząd, na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 RODO tj. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 04.05.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, że:

1. Administratorami Państwa danych osobowych są:

- a) Starosta Człuchowski ul. Wojska Polskiego 1, 77-300 Człuchów,
- b) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa (PFRON)

2. Starostwo przetwarza Państwa dane osobowe, by zrealizować zadania dotyczące rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnościami. PFRON przetwarza Państwa dane osobowe w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu „Aktywny samorząd” oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

3. Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych jest:

- a) ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r. poz. 511 ze zm.), która jest podstawą uruchomienia i realizacji programu „Aktywny samorząd”. Warunki realizacji programu „Aktywny samorząd” zostały określone w:

- dokumencie pn „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów programu Aktywny samorząd w 2025 roku”,
- załączniku nr 3 do uchwały zarządu PFRON nr 19/2020 z 04.03.2020 r. pn. „Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach Modułu I i II pilotażowego programu Aktywny samorząd”,

- b) zawarta umowa o dofinansowanie.

4. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Starostwo Powiatowe w Człuchowie możecie się Państwo kontaktować z Inspektorem ochrony danych osobowych:

- a) pisemnie: Starostwo Powiatowe w Człuchowie ul. Wojska Polskiego 1, 77-300 Człuchów).
- b) poprzez e-mail: iod@czluchow.org.pl

5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości realizacji usługi, o którą się Państwo staracie.

6. Przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do swoich danych (na zasadach opisanych w art. 15 RODO);
- sprostowania swoich danych osobowych (na zasadach opisanych w art. 16 RODO);
- żądania usunięcia danych (na zasadach opisanych w art. 17 i 23 RODO).

7. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

8. Państwa dane osobowe będą ujawniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Dane również mogą zostać ujawnione podmiotom realizującym usługi na rzecz Starostwa.

Zapoznałem/łam się

.....
data i czytelny podpis

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

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

Opis zakresu dysfunkcji narządu słuchu pacjenta		
Niepelnosprawność pacjenta dotyczy (proszę zaznaczyć właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)		Pieczętka, numer i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, numer i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, numer i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	pieczętka, numer i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	pieczętka, numer i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Komunikuje się z otoczeniem metodami wspomagającymi/ alternatywnymi	pieczętka, numer i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy	pieczętka, numer i podpis lekarza

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

.....dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka,
nr i podpis lekarza specjalisty

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty

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 pieczętką):*

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak/amputacja obu kończyn górnych, na wysokości od:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych (wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii m. in. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe), w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, objawiająca się:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(lekarza okulisty)**

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 wzroku* Pacjenta dotyczy: ☐ jednego oka ☐ obydwu oczu
b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,05 (równe 0,05) Osoby do 16 r. ż. równą lub poniżej obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,3 (równe 0,3)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,05 (równe 0,05) Osoby do 16 r. ż. równą lub poniżej obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,3 (równe 0,3)	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym Osoby do 16 r. ż. zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym Osoby do 16 r. ż. zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	

- c) Pacjent jest osobą niewidomą: ☐ tak ☐ nie
d) Pacjent jest osobą słabowidzącą: ☐ tak ☐ nie
e) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: ☐ tak ☐ nie

....., dnia
(miejscowość)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(lekarza okulisty)

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 wzroku* Pacjenta dotyczy: ☐ jednego oka ☐ obydwu oczu
- b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (równe 0,1)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (równe 0,1)	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	

- c) Pacjent jest osobą niewidomą: ☐ tak ☐ nie
- d) Pacjent jest osobą słabowidzącą: ☐ tak ☐ nie
- e) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: ☐ tak ☐ nie

....., dnia
(miejscowość)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
(pieczęć zakładu pracy)

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

Zaświadcza się, że:

Pan/Pani

.....
nr PESEL _ _ _ _ _

jest zatrudniony na stanowisku

.....
forma zatrudnienia (należy zaznaczyć odpowiednie):

- ☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę
☐ umowa cywilnoprawna
☐ staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U.2024 r. poz.475 z późn. zmian.)
☐ inna forma zatrudnienia (jaka):

zatrudnienie na czas (okresy zatrudnienia w ramach wyżej wymienionych form sumują się jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia) (należy zaznaczyć odpowiednie):

- ☐ określony: od dnia r. do dnia r.
☐ nieokreślony: od dnia r.

Średnie miesięczne wynagrodzenie netto wynosi: ¹

wyżej wymieniona osoba korzysta z pomocy finansowej pracodawcy na pokrycie kosztów

kształcenia (należy zaznaczyć odpowiednie):

- ☐ nie
☐ tak, w następującym zakresie:
– forma kształcenia:
☐ szkoła policealna ☐ jednolite studia magisterskie ☐ studia pierwszego stopnia ☐ studia drugiego stopnia
☐ studia podyplomowe ☐ kolegium pracowników służb społecznych ☐ kolegium nauczycielskie
☐ nauczycielskie kolegium języków obcych ☐ studia doktoranckie ☐ przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi ☐ nauka na uczelni zagranicznej
– nazwa szkoły/uczelni:

.....
.....

.....
(data, podpis i pieczęć imienna pracownika upoważnionego do wystawienia zaświadczenia)

¹ **wynagrodzenie wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć dochód za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek o dofinansowanie

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI PRZECIĘTNEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU,
W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH**
(wypełnić TYLKO jeśli we wniosku nie zaznaczono opcji „Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia...”)

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

niniejszym oświadczam, że (**należy zaznaczyć właściwe**):

- ☐ prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe¹,
☐ razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym², pozostają następujące osoby:

		Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą (np. Mąż, żona, syn, córka itd.)	Średni miesięczny dochód netto (zł)
1	wnioskodawca	X	
2	Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego wnioskodawcy		
3			
4			
5			
6			
7			
		RAZEM	

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam co następuje:

1. wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu (netto) w gospodarstwie domowym¹ wynosi:

..... zł, tj. zł na osobę
(łącznie kwota) (kwota łączna podzielona przez liczbę osób)

Przez przeciętny miesięczny dochód 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 2022 r. Poz. 615 z późn. zmian.), 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 2023 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 20 września 2024 r. - M.P. 2024, poz. 820), według wzoru: $[(5451 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$; UWAGA: dochody z różnych źródeł sumują się.

2. prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
(data)

.....
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

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

- samodzielne gospodarstwo - gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu,

2- wspólne gospodarstwo - gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny, przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/ opiekunów.

UWAGA: Na żądanie Starostwa Powiatowego w Człuchowie Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć dowody poświadczające wysokość uzyskanych dochodów. W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez Realizatora środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.