**Załączniki i wzory; Moduł I B1, B3, B4**

1.swoje (podopiecznego lub dziecka - nie dotyczy osoby z dysfunkcją narządu wzroku i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności) orzeczenie o niepełnosprawności,

2.akt urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka (nie dotyczy osoby z dysfunkcją narządu wzroku i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności),

3.dokument stanowiący opiekę prawną – jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną,

4. zaświadczenie lekarskie ( wybrać właściwe z uwzględnieniem obszaru dofinansowania i schorzenia Wnioskodawcy),

5.oferta cenowa,

6.oświadczenie o dochodach,

7.dokument potwierdzający zatrudnienie lub pobieranie nauki (zaświadczenie)-o ile dotyczy,

8.wystawiony przez właściwą jednostkę dokument potwierdzający poszkodowanie Wnioskodawcy w 2019 lub 2020 roku w wyniku żywiołu lub innego zdarzenia losowego-o ile dotyczy,

9.ważna Karta Dużej Rodziny-o ile dotyczy,

10.klauzula informacyjna,

11.oświadczenie o posiadaniu środków na pokrycie wkładu własnego.

Informacja dodatkowa – dokumenty dołączasz 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 załączasz w oryginale.

Ważne: jednostka udzielająca wsparcia ma możliwość wezwać cię do okazania oryginału dokumentu.

……………………………………………..

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (B1)

**w przypadku osób niepełnosprawnych** (*proszę zakreślić  właściwe pole)***:**

u których dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności

u których dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w wieku **do 16 roku życia**

1.**Imię i nazwisko Pacjenta**………………………………..……………………….

2.PESEL:

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

a) Pacjent ma zwężone pole widzenia: nie dotyczy

* w oku lepszym do 20 stopni  -tak - nie
* uwagi……………………………………………………………………………

b) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji): nie dotyczy

* w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 -tak -nie
* uwagi…………………………………………………………..………………

aa) Pacjent **(do 16 roku życia)** ma zwężone pole widzenia: nie dotyczy

* w oku lepszym do 30 stopni  -tak - nie
* uwagi……………………………………………………………………………

bb) Pacjent **(do 16 roku życia)** ma ostrość wzroku (w korekcji): nie dotyczy

* w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 -tak -nie
* uwagi…………………………………………………………..………………

c) Pacjent jest osobą niewidomą: tak nie

............................................... .............................................

(miejscowość i data) (pieczątka, nr i podpis **lekarza okulisty**)

......................................

Stempelzakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (B1)

1. Imię i nazwisko Pacjenta .................................................................................................
2. PESEL:

1. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): …………………………………………………………………………...............................................................................................................................................................................................................

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

(*proszę zakreślić  właściwe pole*  *oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe) |

........................................... ..............................................

(miejscowość i data) (pieczątka, nr i podpis **lekarza specjalisty**)

Stempel zakładu opieki zdrowotnej ……............., dnia ……….…

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (B3) wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

1. Imię i nazwisko Pacjenta....................................................................................

PESEL

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się,   
   że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy:

(*proszę zakreślić  właściwe pole*  *oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym  poniżej 0,1 (lub 0,1) |  |
|  | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawnym  poniżej 0,1 (lub 0,1) |  |
|  | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym |  |
|  | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym |  |
|  | Inna dysfunkcja oka lewego |  |
|  | Inna dysfunkcja oka prawego | pieczątka, nr  i podpis lekarza |

Stempel zakładu opieki zdrowotnej ……............., dnia ……….…

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (B4) wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

1. Imię i nazwisko Pacjenta.................................................................................................................

PESEL

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

(*proszę zakreślić właściwe pole*  *oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db) |  |
|  | Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db) |  |
|  | Inna dysfunkcja ucha lewego |  |
|  | Inna dysfunkcja ucha prawego | pieczątka, nr  i podpis lekarza |

# OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Ja niżej podpisany(a) ......................................................................................

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

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

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby(zgodnie z przypisem nr 1 i 2):

|  |
| --- |
| Przeciętny miesięczny dochód netto |
| 1. | Wnioskodawca: (imię i nazwisko) |  |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego wnioskodawcy  – podać topień pokrewieństwa z wnioskodawcą (o ile dotyczy) | | x |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
|  | RAZEM: |  |

Oświadczam, także że:

1. przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .........................zł.

(słownie:……………………………………………………..……………………..……)

1. prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

........................................dnia....................r.

miejscowość

.....................................................

podpis Wnioskodawcy

***Uwaga:***

*W przypadku ujawnienia podania przez wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na postawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.*

Przypis nr 1

Przez **przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy** należy rozumieć:

1. dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych(Dz. U. z 2018r. poz.2220 z późn. zm.) obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się;

***(Przykład: wniosek złożony w I kwartale 2020r. – przedłożyć dochód za IV kwartał 2019r.)***

1. w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2018r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 września 2019r. – M.P. 2019 poz. 870), według wzoru: [(2.715 zł x liczba hektarów przelicz.):12 m-cy]:liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

***(Przykład: [(2.715 zł x 4 hektary):12 m-cy]:3 osoby = 301,66 zł na osobę w rodzinie na miesiąc ).***

**Gospodarstwo domowe wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

**a)** wspólne gospodarstwo– gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny,

lub

**b)** samodzielne gospodarstwo –gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu,

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.

Przypis nr 2

**Dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych:**

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

**a)** przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1509, z późn. zm), 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,

**b)** dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,

**c)** inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:

– renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,

– renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,

– świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,

– dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,

– świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,

– emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939–1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałówi niewybuchów,

– renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939–1945, otrzymywane z zagranicy,

– zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,

– środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach, gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,

– należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą – w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917, 1000, 1076, 1608 i 1629),

– należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojuszniczych, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,

– należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu i Służby Więziennej, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,

– dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,

– alimenty na rzecz dzieci,

– stypendia doktoranckie przyznane na podstawie art. 209 ust. 1 i 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668 i 2024), stypendia sportowe przyznane na podstawie ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. z 2018 r. poz. 1263 i 1669) oraz inne stypendia o charakterze socjalnym przyznane uczniom lub studentom,

– kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,

- należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywienia tych osób,

– dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018 r. poz. 967),

– dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,

– ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego „Polskie Koleje Państwowe”,

– ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003–2006,

– świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,

– dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,

– dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,

– renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,

– zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej,

– świadczenia pieniężne wypłacane w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów,

- pomoc materialną o charakterze socjalnym określoną w art. 90c ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991r.o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, 1560 i 1669) oraz świadczenia, o których mowa w art. 86 ust. 1 pkt 1–3 i 5 oraz art. 212 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce,

– kwoty otrzymane na podstawie art. 27f ust. 8–10 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,

– świadczenie pieniężne i pomoc pieniężną określone w ustawie z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 690),

– świadczenie rodzicielskie,

– zasiłek macierzyński, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników,

– stypendia dla bezrobotnych finansowane ze środków Unii Europejskiej.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz.Urz. UE L 119.1 ) – dalej RODO − informujemy, że będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Poddębicach z siedzibą w Poddębicach, ul. Łęczycka 28.

**I. Administrator danych osobowych**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Poddębicach z siedzibą: ul. Łęczycka 28, 99-200 Poddębice jest Administratorem Pana/Pani danych osobowych.

**II. Inspektor Ochrony Danych**

Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pan/Pani się skontaktować w sprawach ochrony Pana/Pani danych osobowych pod numerem telefonu: 43 678 40 40, wew. 12, e-mail: dadamiak.pcpr@poddebicki.eu lub pisemnie na adres siedziby, wskazany w pkt I.

**III. Cele i podstawy przetwarzania**

Dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia Pana/Pani wniosku na podstawie: ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz aktów wykonawczych do ustawy.

**IV. Prawo do sprzeciwu**

W każdej chwili przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pana/Pani danych opisanych powyżej. Administrator zaprzestanie przetwarzać Pana/Pani dane, chyba że będzie w stanie wykazać, iż przetwarzanie danych osobowych będzie w myśl Rozporządzenia niezbędne m. in. do:

1. wywiązania się z obowiązku prawnego,

2. wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi,

3. ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

**V. Okres przechowywania danych**

Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt III celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.

**VI. Odbiorcy danych**

W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w pkt III, Pana/Pani dane osobowe mogą być udostępnione innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców. Odbiorcami danych mogą być:

a) Podmioty upoważnione do odbioru Pana/Pani danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;

b) Podmioty, które przetwarzają Pana/Pani dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).

1. **Informacja o zamiarze przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej**

Administrator nie zamierza przekazywać Pana/Pani danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.

**VIII. Prawa osób, których dane dotyczą:**

Zgodnie z RODO, przysługuje Panu/Pani:  
a) prawo dostępu do swoich danych;  
b) prawo do sprostowania swoich danych;  
c) prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;  
d) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;  
e) prawo do przenoszenia danych;  
f) w przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody prze jej cofnięciem;

g) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.

**IX. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych**

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Poddębicach, przy czym podanie danych jest : a) obowiązkowe, jeśli tak zostało to określone w przepisach prawa;

b) dobrowolne, jeśli odbywa się na podstawie Pana/Pani zgody lub ma na celu zawarcie umowy. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości realizacji czynności urzędowych lub nie zawarcie umowy.

**X. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**

W oparciu o Pana/Pani dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pana/Pani zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z niniejszą klauzulą informacyjną.

…………………………………………………..................

(data, czytelny podpis)

………………………………………….. ……………………………………...

Imię i nazwisko Wnioskodawcy Miejscowość i data

…………………………………………..

…………………………………………..

Adres zamieszkania

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Poddębicach **□ tak - □ nie**

…………………………………………….

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

1. **posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego**, wynoszącego **co najmniej 10%** ceny brutto zakupu/usługi w ramach wnioskowanego obszaru i zadania.

…………………………………………….

(czytelny podpis Wnioskodawcy)