**Załączniki A2, A3**

1. orzeczenie o niepełnosprawności,

2.akt urodzenia dziecka - jeśli sprawa dotyczy dziecka,

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

4. fakultatywnie: zaświadczenie lekarskie (specjalista), gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 05-R lub 03-L,

5. fakultatywnie: 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 2020 lub 2021 roku w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych-o ile dotyczy,

9. aktualna (ważna) Karta Dużej Rodziny-o ile dotyczy,

10.klauzula informacyjna,

11. oświadczenie o posiadaniu środków na pokrycie wkładu własnego,

12.fakultatywnie: opinia eksperta w zakresie dopasowania wnioskowanej pomocy do aktualnych potrzeb wynikających z aktywności,

13.fakultatywnie: dokument potwierdzający zatrudnienie (w tym wolontariat trwający co najmniej 6 miesięcy) w przypadku osób, które osiągnęły wiek emerytalny.

Informacja dodatkowa – dokumenty dołączasz do wniosku w formie:

1. skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW (System Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON),

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 (A2)**

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

**2.** PESEL:

**3.** Pacjent posiada dysfunkcję narządu:

tak

nie

**4.** Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

neurologicznym (10-N)

całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)

innych (jakich):………..………………………………..…………….……

……………………………………………………………………………………

i nie stanowi podstawy wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

tak

nie

**5.** Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

kończyny dolnej

kończyny górnej

kończyn dolnych

kończyn górnych

inne (jakie):…..…………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………

......................................, dnia .............. ...............................................

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

……………………………………………..

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (A3)

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

2. PESEL:

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu słuchu:

tak

nie

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu słuchu dotyczy: ……………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

5. Pacjent komunikuje się z otoczeniem metodami wspomagającymi /alternatywnymi:

tak, jakimi? ………..…………………………………………….…………

……………………………………………………………………………………

niie

..................................., dnia .............. ..........................................

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

# 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.*

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 2020r. poz.111.) obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się;

***(Przykład: wniosek złożony w I kwartale 2021r. – przedłożyć dochód za IV kwartał 2020r.)***

1. w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2019r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2020r. – M.P. 2020 poz. 852), według wzoru: [(3.244 zł x liczba hektarów przelicz.) : 12 m-cy] : liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

***(Przykład: [(3.244 zł x 4 hektary):12 m-cy]:3 osoby = 360,44 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.

**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: 660 909 886, e-mail: piotrmariusz.karcz@gmail.com lub pisemnie na adres siedziby, wskazany w pkt I.

**III. Cele i podstawy przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia dofinansowania w ramach pilotażowego programu ”AKTYWNY SAMORZĄD” na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w zw. z art. 6 ust. 1 lit. a), b), c) i art. 9 ust. 2 lit. b) RODO.

**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**

Odbiorcami danych będą tylko podmioty uprawnione z mocy prawa (PFRON – w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu.

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 25%** ceny brutto zakupu/usługi w ramach wnioskowanego obszaru i zadania.

…………………………………………….

(czytelny podpis Wnioskodawcy)