

## WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU

### AS A3 nabór centralny 2024: prawo jazdy

- orzeczenie o niepełnosprawności,
- dokument stanowiący opiekę prawną – jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną,
- fakultatywnie: zaświadczenie lekarskie (specjalista), gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 05-R lub 03-L,
- fakultatywnie: oferta cenowa,
- oświadczenie o wysokości dochodów,
- oświadczenie o nieubieganiu się odrębnym wnioskiem.

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.

INFORMACJE W SPRAWIE DOFINANSOWANIA  
ZE ŚRODKÓW PFRON UDZIELA  
PUNK OBSŁUGI INTERESANTA  
POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE  
W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 22,  
POKÓJ NR 0.23 TEL. 41 249 94 19





Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK „M-I”****o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach 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:	<input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu ruchu (wniosek A2) <input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego (wniosek A3)
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

**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:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
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:	
Numer domu:	
Numer 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:	
Poczta:	
Numer telefonu:	
Adres email:	

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY**

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

<b>Niezdolność do pracy:</b>	<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
------------------------------	---

### 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
<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 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
<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 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
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>	

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 2022 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2023 r., według wzoru:  $[(5.549 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$*

*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:	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B+E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> C+E <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C1+E <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D+E <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D1+E <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca potrzebuje wsparcia tłumacza migowego celem prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i na egzaminie prawa jazdy:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

### WNISKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Koszty uzyskania prawa jazdy (kurs i egzaminy) w tym:		
<input type="checkbox"/> Kosztyjazd doszkalających:		
<input type="checkbox"/> Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu oraz koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu:		
<i>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.</i>		
<input type="checkbox"/> Koszty usług tłumacza migowego (dotyczy dofinansowania dla osób z dysfunkcją narządu słuchu w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza migowego):		
<b>Razem:</b>		
<b>Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:</b>		
<b>Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:</b>		

### DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNISKODAWCY

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>

Załącznik do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” – Moduł I  
Obszar A Zadanie nr 3 – pomoc w uzyskaniu prawo jazdy

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (A3)

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

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



Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny Samorząd” – Obszar A zadanie nr 3

## OŚWIADCZENIE

W związku z ubieganiem się w 2024 roku o dofinansowanie / refundację\* ze środków PFRON w uzyskaniu prawa jazdy w ramach Programu „Aktywny Samorząd” – Obszar A, zadanie 3 oświadczam, że niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza języka migowego.

Ostrowiec Św., dn. .... 2024 r.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

\*właściwe podkreślić



# Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych w programie Aktywny Samorząd i Systemie SOW

## Administrator danych osobowych

Administratorami danych osobowych są: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim (dalej jako PCPR) ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, nr tel.: 41 2499408, e-mail: sekretariat@pcpr.ostrowiec.pl oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych al. Jana Pawła II 13, 00-823 Warszawa.

## Inspektor Ochrony Danych

Z Inspektorem Ochrony Danych w PCPR w Ostrowcu Świętokrzyskim można się kontaktować pisząc na adres e-mail: iod@pcpr.ostrowiec.pl,

Z Inspektorem Ochrony Danych w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych pisząc na adres e-mail: iod@pfron.org.pl.

## Cel i podstawa prawna przetwarzania danych osobowych

Dane osobowe przetwarzane są przez PFRON w celu zarządzania Systemem SOW oraz realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym, w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO, jako że jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób.

Dane osobowe przetwarzane są przez PCPR w Ostrowcu Świętokrzyskim w celu rozpoznania złożonego Wniosku oraz przyznania dofinansowania i jego rozliczenia przez PFRON. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy albo art. 6 ust.1 lit. c) RODO, jeśli jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz art. 9 ust.2 lit. b) w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

## Odbiorcy danych

Odbiorcami danych osobowych mogą być:

- podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PFRON przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest PFRON,
- podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PCPR w Ostrowcu Świętokrzyskim przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest PCPR,
- dostawca lub podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW.

## Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą wykorzystywane przez okres niezbędny do realizacji obowiązków ciążących odrębnie na każdym z Administratorów, a następnie archiwizowane przez okres wynikający z przepisów powszechnie obowiązującego prawa dotyczących archiwizacji.

## Prawa osób, których dane dotyczą

Na zasadach określonych przepisami RODO, przysługują Państwu następujące prawa:

- prawo dostępu do danych, w tym uzyskania kopii danych,
- prawo żądania sprostowania danych,
- prawo do usunięcia danych, chyba że dalsze przetwarzanie danych jest niezbędne dla wywiązania się z obowiązku prawnego,
- prawo do ograniczenia przetwarzania danych,
- prawo do przenoszenia danych w przypadku, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit b RODO i w sposób zautomatyzowany.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

W przypadku uznania, że przetwarzanie danych narusza przepisy RODO przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

**Obowiązek / dobrowolność podania danych osobowych**

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym jest również niezbędne do założenia Konta w Systemie SOW. Odmowa podania danych będzie skutkowała odmową założenia Konta w Systemie SOW i w konsekwencji uniemożliwi złożenie Wniosku o przyznanie pomocy w postaci elektronicznej.

**Informacje o profilowaniu**

W związku z przetwarzaniem danych osobowych nie będzie dochodziło do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.



## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych należy rozumieć średni miesięczny dochód netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Wnioskodawca, który prowadzi **samodzielne gospodarstwo domowe** (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne 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.

Przez **pojęcie wspólne gospodarstwo domowe** – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

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

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 (**zgodnie z przypisem nr 1**):

		Średni miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca: .....	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</b>		X
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		

### **Oświadczam, także że:**

- 1) średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .....zł. (słownie złotych:.....) (**należy wyliczyć zgodnie z przypisem nr 2**);
- 2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.  
miejscowość

.....  
podpis Wnioskodawcy

### **Uwaga:**

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

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się **między innymi:**

- 1) świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- 2) świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni  
– przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Przez wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych należy rozumieć po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, 30b, 30c i 30e ustawy z dnia 26 lipca 1991r. 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 należy zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

**Uwaga!** Wnioskodawca na żądanie 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 2 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.

**Przypis nr 2** – sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu netto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

**średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą**

$$= \frac{\text{łączny średni miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}$$

**Oświadczenie**

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Oświadczam, iż nie ubiegam się i nie będę w 2024 roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I – za pośrednictwem innego realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) niż właściwego dla mojego miejsca zamieszkania. Realizatorem właściwym dla osób, których miejscem zamieszkania jest Powiat Ostrowiecki jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim ul. Świętokrzyska 22, 27 - 400 Ostrowiec Świętokrzyski.

..... data i podpis wnioskodawcy