

1. Miejsce złożenia wniosku (Realizator programu):

POWIAT ŁAŃCUCKI
POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
W ŁAŃCUCIE
UL. PIŁSUDSKIEGO 70/5; 37-100 ŁAŃCUT
Tel. 17 225 69 69
e-mail: pcpr@pcpr-lancut.pl

2. Data wpływu wniosku do Realizatora:

3. Numer wniosku:

PCPR.6113.

.2019



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

**Wniosek o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych
w ramach pilotażowego programu
„AKTYWNY SAMORZĄD”**

Program finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wniosek należy wypełnić czytelnie wpisując odpowiednie dane w miejsce pola, w przypadku pól do wyboru należy zaznaczyć znakiem „X”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ...”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Wniosek należy złożyć osobiście w siedzibie lub przesłać listem poleconym (decyduje data stempla pocztowego)

Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z zasadami programu dostępnymi na stronie internetowej www.pfron.org.pl lub pcpr-lancut.pl

A. Obszar i zadanie, w ramach modułu I, którego dotyczy wniosek:

<input type="checkbox"/>	Obszar	A	Zadanie nr	1	pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu,
<input type="checkbox"/>	Obszar	A	Zadanie nr	4	
<input type="checkbox"/>	Obszar	A	Zadanie nr	2	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy
<input type="checkbox"/>	Obszar	A	Zadanie nr	3	
<input type="checkbox"/>	Obszar	B	Zadanie nr	1	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
<input type="checkbox"/>	Obszar	B	Zadanie nr	3	
<input type="checkbox"/>	Obszar	B	Zadanie nr	4	
<input type="checkbox"/>	Obszar	B	Zadanie nr	2	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
<input type="checkbox"/>	Obszar	B	Zadanie nr	5	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu
<input type="checkbox"/>	Obszar	C	Zadanie nr	1	pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/>	Obszar	C	Zadanie nr	2	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/>	Obszar	C	Zadanie nr	3	pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości
<input type="checkbox"/>	Obszar	C	Zadanie nr	4	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, (co najmniej na III poziomie jakości)
<input type="checkbox"/>	Obszar	C	Zadanie nr	5	pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego
<input type="checkbox"/>	Obszar	D			pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej (dziecka przebywającego w żłobku lub przedszkolu albo pod inną tego typu opieką)

B. Wnioskodawca oraz Beneficjent Pomocy

W przypadku, gdy Wnioskodawca składa wniosek w imieniu niepełnosprawnej osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie należy wypełnić pola w kolumnie A wpisując dane osoby składającej wniosek (Wnioskodawcy), natomiast w kolumnie B należy wpisać dane osoby niepełnosprawnej (Beneficjent Pomocy - Podopieczny).

W przypadku, gdy Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu należy wypełnić pola w kolumnie A.

W przypadku, gdy wniosek jest składany przez pełnomocnika w kolumnie A wpisuje się dane Wnioskodawcy oraz B dane Podopieczne (o ile dotyczy), a dane Pełnomocnika wraz z oświadczeniem należy wykazać w załączniku od wniosku. Wzór oświadczenia pełnomocnika stanowi załącznik nr 11 do Regulaminu dofinansowań pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w Powiecie Łańcuckim.

1. Dane personalne

	A.	B.
	DANE WNIOSKODAWCY	DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
imię (imiona):		
nazwisko:		
Imię ojca:		
pleć:		
PESEL:		
data urodzenia:		
miejsce urodzenia:		

2. Adres zamieszkania

*Adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej
podać jak jest inne niż adres zamieszkania Wnioskodawcy*

kod pocztowy::		
poczta:		
miescowość:		
ulica:		
numer domu i lokalu:		
województwo:		
powiat:		
gmina:		

3. Adres zameldowania *(należy podać gdy jest inny niż adres zamieszkania)*

kod pocztowy:	
poczta:	
miescowość:	
ulica:	
numer domu i lokalu	
województwo:	
powiat:	
gmina:	

3a. Dokument tożsamości Wnioskodawcy:

seria i numer:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> dowodu osobistego	<input type="checkbox"/> paszportu
data wydania:	<input type="text"/>		
wydany przez:	<input type="text"/>		
data ważności:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> bezterminowo	

3b. Dokument tożsamości Podopiecznego:

Należy podać w przypadku braku nr PESEL.

rodzaj dokumentu:	<input type="text"/>		
seria i numer:	<input type="text"/>		
data wydania:	<input type="text"/>		
wydany przez:	<input type="text"/>		
data ważności:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> bezterminowo	

4. Kontakt:

Telefon kontaktowy:	<input type="text"/> stacjonarny	<input type="text"/> komórkowy
e-mail:	<input type="text"/>	
Adres korespondencji <i>Należy podać gdy jest inny jak adres zamieszkania</i>	<input type="text"/> kod pocztowy	<input type="text"/> Miejscowość
	<input type="text"/> ulica	<input type="text"/> numer domu / lokalu

5. Informacje dodatkowe (dotyczy Wnioskodawcy)

stan cywilny:	<input type="checkbox"/> wolna/y	<input type="checkbox"/> zamężna/żonaty
obszar zamieszkania:	<input type="checkbox"/> wieś	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców

C. STAN PRAWNY ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB DOKUMENTU RÓWNOWAŻNEGO (dotyczy osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek)**1. stopień niepełnosprawności lub jego równoważnik:**

<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> orzeczona niepełnosprawność do 16 roku życia		

2. ważność orzeczenia lub dokumentu równoważnego:

<input type="checkbox"/> ważne do dnia:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> bezterminowo
---	----------------------	---------------------------------------

3. Rodzaj niepełnosprawności**przyczyna wydania orzeczenia:**

- 01-U upośledzenie umysłowe
- 02-P choroby psychiczne
- 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu: osoba głucha
- 04-O dysfunkcja narządu wzroku: osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma
- 05-R dysfunkcja narządu ruchu: w zakresie:
 porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
- 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

szczegółowa dysfunkcja:**4. Sposób poruszania się przy pomocy wózka inwalidzkiego:**

- nie dotyczy
- porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: elektrycznego
- porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego

D. INFORMACJE DOTYCZĄCE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ WNIOSEK DOTYCZY**1. Aktywność zawodowa – osoba niepełnosprawna jest:**

- a) nie dotyczy
- b) nieaktywna zawodowo
- c) zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy
jako: bezrobotna poszukująca pracy
data rejestracji:
- d) działalność gospodarcza
nr NIP:
działalność prowadzona na podstawie:
- e) działalność rolnicza
miejsce prowadzenia działalności:
- f) zatrudniony
data rozpoczęcia pracy:
czas zatrudnienia: na czas określony do dnia:
 na czas nieokreślony
 inna, jaka:
- forma zatrudnienia: stosunek pracy na podstawie umowy o pracę
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
 umowa cywilnoprawna
 staż zawodowy

nazwa pracodawcy:

adres:

(wraz z kodem pocztowym)

telefon kontaktowy do pracodawcy:

E. INFORMACJE DOTYCZĄCE AKTUALNIE REALIZOWANEGO ETAPU KSZTAŁCENIA PRZEZ OSOBĘ NIEPEŁNOSPRAWNĄ, KTÓREJ WNIOSEK DOTYCZY

1. Zdobyte wykształcenie:

- podstawowe gimnazjalne zawodowe
 średnie ogólne średnie zawodowe policealne
 wyższe
 inne, jakie?

2. Obecnie pobierana nauka:

- zasadnicza szkoła zawodowa liceum technikum
 szkoła policealna kolegium studia I stopnia
 studia II stopnia studia magisterskie (jednolite)
 studia podyplomowe studia doktoranckie
 staż zawodowy w ramach programów UE
 inne, jaka?
 nie dotyczy → pomiń punkt 3 i 4

3. Nazwa i adres placówki/szkoły:

1) nazwa szkoły/uczelni:

2) adres z kodem pocztowym:

3) klasa/rok:

I; II; III; IV; V; VI; VII; VIII

4. telefon kontaktowy do szkoły:

F. RODZAJ GOSPODARSTWA DOMOWEGO ORAZ WYSOKOŚĆ PRZECIĘTNEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU

1. Prowadzę gospodarstwo domowe:

- samodzielnie wspólnie

2. Przepiętny miesięczny dochód, w rozumieniu obowiązujących zasad pilotażowego programu

„Aktywny Samorząd”, na osobę wynosi¹⁾: złotych

¹⁾ Należy wpisać kwotę zgodną z wyliszoną w załączonym oświadczeniu o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych

G. POSIADANY RACHUNEK BANKOWY

Dotyczy tylko wniosków w ramach:

Moduł 1: Obszar A zadanie 2 i 3; Obszar B zadanie 2 i 5; Obszar C zadanie 2; Obszar D;

Rachunek bankowy Wnioskodawcy, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (Należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby).

Dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania.

1. numer rachunku:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. nazwa banku:

--

H. INFORMACJE DOTYCZĄCE KORZYSTANIA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ ZE ŚRODKÓW PFRON

Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON niezależnie od źródła uzyskania dofinansowania w okresie 3 lat wstecz

NIE TAK - Jeżeli korzystał, należy podać poniższe informacje zawarte w tabeli

Lp.	Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia oraz instytucja udzielająca dofinansowania	Beneficjent (imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, której dotyczyło wsparcie) – jeżeli jest inny niż wnioskodawca	Numer i data zawarcia umowy	Wysokość otrzymanego dofinansowania (w zł)
	A	B	C	D
Razem:				

I. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować (np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w pkt. N wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

1. Czy niepełnosprawność Osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o pomoc jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności

nie tak 2 przyczyny niepełnosprawności tak 3 przyczyny niepełnosprawności

2. Czy Wnioskodawca/Osoba Niepełnosprawna kiedykolwiek uzyskała dofinansowanie do przedmiotu wnioskowanego (lub podobnego rodzajowo) ze środków PFRON? (niezależnie od źródła przyznania środków np. Oddział PFRON, Samorząd powiatowy itp.)

tak w: roku w ramach:
 tak w: roku w ramach:

nie

3. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne, niż osoba ubiegająca się o pomoc (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?

nie tak (1 osoba) tak (więcej niż jedna osoba)

4. Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?

DANE NALEŻY UDUKUMENTOWAĆ (maksymalnie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku)

nie
 tak (proszę opisać):

5. Czy Wnioskodawca posiada aktualną Kartę Dużej Rodziny?

nie tak (należy do wniosku dołączyć kserokopię KDR)

6. Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowana w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?

nie tak (należy udokumentować)

7. Czy Osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o pomoc jest osobą głuchą, jednocześnie posługuje się językiem migowym w komunikowaniu się?

nie tak

Pkt. 8 i 9 dotyczą wyłącznie Wnioskodawców, którzy składają wniosek w imieniu Podopiecznego

8. Podopieczny realizujący obowiązek szkolny oraz ma osiągnięcia w nauce i wychowaniu (średnia ocen powyżej 4,00 lub udział w konkursach albo w olimpiadach szkolnych, wyróżnienia, wolontariat):

nie
 tak proszę wskazać jakie?

9. Czy Wnioskodawca samotnie wychowuje Podopiecznego?

nie tak

J. UZASADNIENIE WNIOSKU**1. UZASADNIENIE:**

Należy wskazać na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego.

2. Czy Wnioskodawca (lub Podopieczny - o ile dotyczy) ubiega się ponownie o wnioskowany przedmiot (lub przedmiot o podobnej funkcjonalności)?

nie tak → Proszę o uzasadnienie ponownego dofinansowania:

Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

K.(C1) SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA WRAZ Z ORIENTACYJNYM KOSZTEM PLANOWANYM DO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
Moduł I obszar C zadanie nr 1

1. Proponowane do dofinansowania koszty zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:

• Model (nazwa):	
• Dopuszczalne obciążenie:	
• Dodatkowe wyposażenie wózka:	

2. Wnioskowana kwota dofinansowania:

Przedmiot dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
• wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym		
• akumulator		
• inne, dodatkowe wyposażenie		
Łącznie:		

Udział własny stanowi:	%
-------------------------------	---

L. Informacje uzupełniające:

- 1) Wnioskodawca/podopieczny korzystał* już wcześniej z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (zna zasady korzystania z wózka z napędem elektrycznym):

tak nie

- 2) Wnioskodawca/podopieczny aktualnie posiada* wózek o napędzie elektrycznym:

nie dotyczy tak: Jeżeli tak to proszę podać:

• model:

• zakupiony ze środków:

• rok nabycia:

- 3) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał także pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:

nie tak:

• w ramach programu

w roku

• w ramach programu

w roku

4)	Waga Wnioskodawcy/podopiecznego* , który będzie użytkował wózek:	<input type="text"/>	kg
5)	Wzrost Wnioskodawcy/podopiecznego* , który będzie użytkował wózek:	<input type="text"/>	cm
6)	Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych):		
	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, w tym:		
	• jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
	• Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
7)	Mieszkanie, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
8)	Wnioskodawca/podopieczny może* samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
9)	Wnioskodawca/podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał* z pomocy innych osób:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
10)	Czy w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego występują* przeciwwskazania do przyjmowania pozycji siedzącej, w tym:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
	• występują odległiny w okolicy kulszowej, krzyżowej, pięt:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
	• występują masywne przykurcze wyprostne biodra:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
	• zaawansowane deformacje tułowia uniemożliwiają bezpieczne przebywanie w siedzisku o dostępnym stopniu przystosowania:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak

* - należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

M. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że:

- Zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcpr-lancut.pl;
- O dofinansowanie ze środków PFRON objętym zakresem niniejszego wniosku, **ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu łąckiego**;
 tak \ nie
- Nie będę w bieżącym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)
- Nie otrzymałem(am) w bieżącym roku, na podstawie odrębnego wniosku - dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na cel objęty umową dofinansowania;
- W ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) \ nie byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;
- Wymagalne zobowiązania wobec:
 - PFRON:** posiadam \ nie posiadam
 - Realizatora programu:** posiadam \ nie posiadam
- Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto),

8. 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 spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy;
9. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną;
10. O wszystkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku bezzwłocznie poinformuję Realizatora programu;
11. Dołączone orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/orzeczenie o niepełnosprawności (lub dokument równoważny) jest prawomocne;
12. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, **może nastąpić na rachunek bankowy dostawcy przedmiotu zakupu**, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT na warunkach **zawartych w umowie**;
13. Podane we wniosku i w załącznikach do tego wniosku informacje są zgodne z prawdą – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.
14. W danym roku dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków NFZ na cel objęty umową dofinansowania
 uzyskałem(am) \ nie uzyskałem(am)

Zapoznałem(am) się z powyższymi oświadczeniami.

Warunki, o których mowa w punktach: 3 – 4, 8 – 13 powyższych oświadczeń:

spełniam \ nie spełniam w punkcie:

miejsowość:

dnia:

.....
*czytelny podpis
wnioskodawcy/pełnomocnika*

art. 233 §1 Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§2 Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie - pełnomocnictwo Wnioskodawca dołącza do wniosku wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 lat nie był 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 jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

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.

N. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych dostępna jest:

w zakresie Realizatora

(Powiatu Łańcuckiego – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łańcucie) na stronie internetowej pod adresem <http://pcpr-lancut.pl/klauzula-informacyjna/> lub w siedzibie Centrum Pomocy Rodzinie w Łańcucie

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łańcucie z siedzibą w Łańcucie, Piłsudskiego 70/5, 37-100 Łańcut,
- kontakt do Inspektora Ochrony Danych – Piotr Władyka, tel. 669 509 468, e-mail piotr.wladyka@powiatlancut.pl,
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łańcucie – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
- Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
- posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody),
- ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa, a pozostałym zakresie jest dobrowolne.

Dane osobowe Wnioskodawcy oraz Podopiecznego (o ile dotyczą) zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

O. Wymagane załączniki do wniosku

	Nazwa dokumentu / załącznika	Nr załącznika	Uwagi Realizatora
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)		
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do Regulaminu)</i>		
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 16 do Regulaminu)</i>		
4.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej		
	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny		
5.	Wycena przedmiot wniosku		
	Inne dokumenty (proszę wymienić jakie) – o ile dotyczy:		
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			