

ZARZĄDZENIE nr PCPR.ZN.021...5...2019
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Nowym Dworze Mazowieckim
z dnia 15... marca 2019 r.

w sprawie wprowadzenia zmian w dokumencie pn. „Szczegółowe zasady przyjmowania, rozpatrywania i realizacji wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w 2019 r.”

Na podstawie art, 47 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r, o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.), § 9 ust. 1, pkt 8 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim, stanowiącego załącznik do uchwały nr 43/2019 Zarządu Powiatu Nowodworskiego z dnia 27 lutego 2019 r. oraz Uchwały nr 383/2013 Zarządu Powiatu Nowodworskiego z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie przystąpienia Powiatu Nowodworskiego do realizacji pilotażowego programu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „Aktywny Samorząd”, wyznaczenia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim do realizacji w/w programu oraz upoważnienia Dyrektora i Zastępcy Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim do podejmowania czynności z zakresu realizacji programu „Aktywny Samorząd”.

zarządzam, co następuje:

§ 1

1. W rozdziale I ust. 3 dokumentu pn. „Szczegółowe zasady przyjmowania, rozpatrywania i realizacji wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w 2019 r.”, po literze i dodaje się litery j oraz k w brzmieniu:
 - 1) oświadczenie dot. wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych wnioskodawcy, sporządzone wg wzoru - załącznik nr 3a do wniosku o dofinansowanie,
 - 2) oświadczenie dot. wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych dziecka/podopiecznego wnioskodawcy (o ile dotyczy), sporządzone wg wzoru - załącznik nr 3b do wniosku o dofinansowanie,
2. Wzory oświadczeń, o których mowa w ust. 1 stanowią załączniki nr 1 i 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Wkładka B do formularza wniosku o dofinansowanie w ramach realizacji modułu I programu otrzymuje brzmienie zgodnie z załącznikiem nr 3 do niniejszego zarządzenia.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

mgr Marek Rączka

OŚWIADCZENIE
o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu
realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”,
finansowanego ze środków PFRON

Imię i nazwisko:
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

Adres zamieszkania:

Oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

1) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim, zawartych we wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON, w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz dołączonych do niego załącznikach w celu realizacji wspomnianego programu zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.),

tak nie,)*

2) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, zawartych we wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz w dołączonych do niego załącznikach oraz udostępnianych PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych ww. programu, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.).

tak nie)*

2. podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą,

3. zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

* - zakreślić właściwe „X”

Klauzula informacyjna stosowana po rozpoczęciu stosowania RODO – w przypadku zbierania danych od osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, **poinformowano mnie, że:**

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowym Dworze Mazowieckim przy ul. Chemików 6 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, zwani dalej Administratorem oraz, że Administrator prowadzi operacje przetwarzania moich danych osobowych,
- 2) mam możliwość kontaktu z inspektorem danych osobowych u Administratora tj. w:
 - a) Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim: e-mail: iod@pcprndm.pl,
 - b) Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: iod@pfron.org.pl, telefon: (22) 505 55 00,
- 3) moje dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”. Dane osobowe będą udostępniane osobom lub podmiotom, które wykażą podstawę prawną dostępu do tych danych,
- 4) podstawą przetwarzania moich danych osobowych przez Administratora jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO i ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.)
- 5) podanie danych jest niezbędne do realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, w tym w celu wydawania rozstrzygnięć i ich realizacji, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest wykonanie ww. czynności,
- 6) posiadam prawo do:
 - a) dostępu do danych osobowych mnie dotyczących,
 - b) sprostowania moich danych osobowych,
 - c) żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego),
 - d) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO,
- 7) nie przysługuje mi:
 - a) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
 - b) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO,
 - c) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- 8) moje dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 9) moje dane osobowe będą przechowywane przez okres 25 lat od momentu archiwizacji dokumentów.

.....
(data i podpis osoby zapoznanej z klauzulą)

OŚWIADCZENIE
o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu
realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”,
finansowanego ze środków PFRON

Imię i nazwisko:
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

Adres zamieszkania:

Imię i nazwisko dziecka/podopiecznego wnioskodawcy, na rzecz którego składany jest wniosek
o dofinansowanie:

Oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego przez:

1) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim, zawartych we wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON, w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz dołączonych do niego załącznikach w celu realizacji wspomnianego programu zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.),

tak nie)*

2) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, zawartych we wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” oraz w dołączonych do niego załącznikach oraz udostępnianych PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych ww. programu, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.).

tak nie)*

2. podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą,
3. zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści danych i prawie ich poprawiania.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

* - zakreślić właściwe „X”

Klauzula informacyjna stosowana po rozpoczęciu stosowania RODO – w przypadku zbierania danych od osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, **poinformowano mnie, że:**

- 1) administratorem danych osobowych mojego podopiecznego jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowym Dworze Mazowieckim przy ul. Chemików 6 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, zwani dalej Administratorem oraz że Administrator prowadzi operacje przetwarzania danych osobowych,
- 2) mam możliwość kontaktu z inspektorem danych osobowych u Administratora tj. w:
 - a) Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim: e-mail: iod@pcprndm.pl,
 - b) Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: iod@pfron.org.pl, telefon: (22) 505 55 00,
- 3) dane osobowe mojego podopiecznego przetwarzane będą w celu realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”. Dane osobowe będą udostępniane osobom lub podmiotom, które wykażą podstawę prawną dostępu do tych danych,
- 4) podstawą przetwarzania danych osobowych mojego podopiecznego przez Administratora jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO i ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.)
- 5) podanie danych jest niezbędne do realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, w tym w celu wydawania rozstrzygnięć i ich realizacji, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest wykonanie ww. czynności,
- 6) posiadam prawo do:
 - a) dostępu do danych osobowych mojego podopiecznego,
 - b) sprostowania danych osobowych mojego podopiecznego,
 - c) żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego),
 - d) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie danych osobowych mojego podopiecznego narusza przepisy RODO,
- 7) nie przysługuje mi:
 - a) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
 - b) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO,
 - c) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną ich przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- 8) dane osobowe mojego podopiecznego nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 9) dane osobowe mojego podopiecznego będą przechowywane przez okres 25 lat od momentu archiwizacji dokumentów.

.....
(data i podpis osoby zapoznanej z klauzulą)

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I / Obszar B

l.p.	Zadanie nr 1 / Zadanie nr 3 / Zadanie nr 4 - specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego / urządzeń / oprogramowania:	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
1 zł
2 zł
3 zł
4 zł
5 zł
7 zł
RAZEM		..... zł

l.p.	Zadanie nr 2 – specyfikacja - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
1 zł
2 zł
RAZEM		..... zł

l.p.	Zadanie nr 5 – specyfikacja - proszę wymienić koszty (w tym ich rodzaj) związane z utrzymaniem sprawności technicznej sprzętu elektronicznego zakupionego w ramach realizacji programu, w tym koszt zakupu dodatkowych elementów, służących rozbudowie posiadanego sprzętu lub dodatkowego wyposażenia lub oprogramowania (w celu osiągnięcia minimalnych wymogów technicznych lub dokonania koniecznych aktualizacji, niezbędnych do zachowania funkcjonalności sprzętu lub oprogramowania), a także koszt niezbędnych napraw, przeglądów czy konserwacji	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
1 zł
2 zł
3 zł
RAZEM		..... zł

4. Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia	Orientacyjna łączna cena brutto (razem z pkt 3 – w zł)	Kwota wnioskowana brutto (w zł)
Zadanie nr 1	..... zł	..... zł
Zadanie nr 2	..... zł	..... zł
Zadanie nr 3	..... zł	..... zł
Zadanie nr 4	..... zł	..... zł
Zadanie nr 5	..... zł	..... zł
RAZEM	..... zł	..... zł

5. Informacje uzupełniające

Posiadam / mój podopieczny posiada** następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie:

.....

Nie posiadam / mój podopieczny nie posiada** sprzętu komputerowego

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego** kursy komputerowe:

.....

Czy Wnioskodawca / podopieczny** uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego (w tym komputerowego) i oprogramowania?

nie **tak**, w roku, w ramach programu:

dofinansowano zakup:

a także w roku, w ramach programu:

dofinansowano zakup:

Okres gwarancji na zakupiony sprzęt (i ewentualnie oprogramowanie) upłynął: **nie** **tak**, w roku,

Posiadany sprzęt był naprawiany **nie** **tak** w roku:, gwarancja na naprawę upłynęła w roku: r.

Problemy techniczne związane z użytkowanym ww. sprzętu (istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

.....

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

nr rach. bankowego

nazwa banku:

** - niepotrzebne skreślić

6. 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 w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Udokumentowanie poniższych informacji może wiązać się z przyznaniem większej liczby punktów podczas oceny merytorycznej wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (patrz rozdział V, ust 1 i 2 tekstu programu): w tym, jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) 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)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
3) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca (dotyczy wniosku „P”) 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)? Jeśli „tak” należy to opisać poniżej	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy
<p>.....</p> <p>.....</p>	
4) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego wyłącznie na swoim utrzymaniu?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
5) Czy występują szczególne utrudnienia? (np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.) Jeśli „tak” należy je opisać poniżej	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
6) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) w 2018 lub 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych*?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
7) Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy (w przypadku wniosku „O”) jest osobą uczącą się / jest wychowankiem placówki edukacyjnej? Jeśli „tak” należy wskazać poniżej etap kształcenia i dane placówki	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
<input type="checkbox"/> - żłobek <input type="checkbox"/> - przedszkole <input type="checkbox"/> - szkoła podstawowa <input type="checkbox"/> - gimnazjum <input type="checkbox"/> - szkoła zawodowa <input type="checkbox"/> - liceum <input type="checkbox"/> - technikum <input type="checkbox"/> - szkoła policealna <input type="checkbox"/> - kolegium <input type="checkbox"/> - studia (jakie? np. I stopnia): <input type="checkbox"/> - inna (jaka?):	
Pełna nazwa placówki:	
dokładny adres placówki:	
etap kształcenia (jeśli dotyczy); np. która klasa, rok studiów:	

7. Oświadczenia Wnioskodawcy

Oświadczam, że:		
1	o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Nowodworskiego i nie będę w roku bieżącym ubiegać się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany za środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
2	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec PFRON	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
3	posiadam wymagalne zobowiązania* wobec Realizatora programu – Powiatu Nowodworskiego	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
4	informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
5	zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, obowiązującymi w powiecie nowodworskim, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl , a także pod adresem: www.pcpr.nowodworski.pl	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
6	w okresie ostatnich 5 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
7	posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania w przypadku zadań nr 1, 4 i 5 oraz 30% ceny brutto w przypadku zadania nr 3)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
8	środki finansowe stanowiące mój udział własny pochodzą ze środków PFRON	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy
9	w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
10	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,	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
11	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,	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
12	przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT; dotyczy zadań nr 1, 3 i 4	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

<p>..... dnia r. miejsowość</p>	<p>..... podpis Wnioskodawcy</p>
---	--------------------------------------

UWAGA: 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.

8. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8 - 10)

l.p.	Nazwa załącznika	Wypełnia Realizator programu		
		dołączono do wniosku	uzupełniono	Data uzupełnienia/ uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, bądź orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2b lub 2c (obowiązkowe w przypadku osób niepełnosprawnych ruchowo) lub 2d (o ile dotyczy) do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3a i ewentualnie 3b do wniosku)</i> - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania (np. faktura proforma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	