............................. / .................................. / ..................................

*numer kolejny wniosku powiat rok złożenia wniosku*

Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

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

*data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok)*

# WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

***Uwaga:***

***W celu właściwego wypełnienia wniosku prosimy o staranne jego przeczytanie. Wniosek należy wypełnić czytelnie i drukowanymi literami.***

***Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania dofinansowania ze środków PFRON.   
Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie.***

**I.**  Dane dotyczące Wnioskodawcy

......................................................................................................... syn /córka ..............................................................

*imię (imiona) i nazwisko imię ojca*

seria ........ nr ......................... wydany w dniu ............................... przez ......................................................................

*dowód osobisty*

nr PESEL ........................................................................ nr NIP ...................................................................................

miejscowość ............................................... ulica ................................................... nr domu ........... nr lokalu..............

*dokładny adres*

nr kodu .................. poczta ......................................................... powiat .......................................................................

województwo .......................................................................... nr tel., faxu (z nr kier.) .................................................

nazwa banku .......................................................................nr rachunku bankowego ....................................................

**Wstawić X we właściwej rubryce.**

**II. Stopień niepełnosprawności**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. znaczny |  | | | |
| * inwalidzi I grupy |  | | | |
| * Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji |  | | | |
| * Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym,  którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny |  | | | |
| * Osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym   przysługuje zasiłek pielęgnacyjny |  | | | |
| 2. umiarkowany |  | | | |
| * inwalidzi II grupy |  | | | |
| * osoby całkowicie niezdolne do pracy |  | | | |
| * inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę |  | | | |
| 3. lekki |  |  |  |  |
| * pozostali inwalidzi III grupy |  | | | |
| * osoby częściowo niezdolne do pracy |  | | | |
| * osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym |  | | | |

1

**III. Rodzaj niepełnosprawności**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim;  wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk |  |
| 2. inna dysfunkcja narządu ruchu |  |
| 3. dysfunkcja narządu wzroku |  |
| 4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy |  |
| 5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) |  |
| 6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |  |

**IV. Sytuacja zawodowa**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą |  |
| 2. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca |  |
| 3. bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy |  |
| 4. rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy |  |
| 5. dzieci i młodzież do lat 18 |  |

**V. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe *(wypełnia pracownik Centrum)***

|  |  |
| --- | --- |
| 1. złe |  |
| 2. przeciętne |  |
| 3. dobre |  |
| 4. bardzo dobre |  |

**VI. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania (*właściwe podkreślić)***

1. dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny spółdzielczy\*,
2. inne\*..................................................................................................................................................
3. budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na ............................................................ *(proszę podać kondygnację)*
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy ....................................................................................
5. opis mieszkania; pokoje ............*(podać liczbę)*, z kuchnią\*, bez kuchni\*, z łazienką\*, bez łazienki\*, z WC\*, bez WC\*
6. łazienka jest wyposażona w: wannę\*, brodzik\*, kabinę prysznicową\*, umywalkę\*
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*, prąd\*, gaz\*
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych ..........................................................................................................................................................

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

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

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

**VII. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. samotnie |  |
| 2. z rodziną |  |
| 3. z osobami nie spokrewnionymi |  |

**2**

**VIII. Informacje o korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Nie- pełnosprawnych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?** | | | | **Tak** | **Nie** |
| **Nr i data zawarcia umowy** | **Kwota** | **Cel** | **Termin rozliczenia** | **Stan rozliczenia** | **Źródło PFRON, samorząd powiatowy** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**IX. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i / lub sponsora**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania - ponad obowiązkowe 5% | % |
| 2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania | % |
| Dane ewentualnego sponsora | |

**X. Dane informacyjne o Wnioskodawcy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wykształcenie** | | **Zaznacz właściwe** | **Rodzaj źródła utrzymania** | **Zaznacz właściwe** |
| 1. niepełne podstawowe | |  | 1. wynagrodzenie za pracę |  |
| 2. podstawowe | |  | 2. przychody z działalności gospodarczej |  |
| 3. gimnazjalne | |  | 3. renta stała / emerytura |  |
| 4. zawodowe | |  | 4. renta okresowa |  |
| 5.średnie ogólnokształcące | |  | 5. renta szkoleniowa |  |
| 6. średnie zawodowe | |  | 6. zasiłek dla bezrobotnych |  |
| 7. policealne | |  | 7. renta socjalna |  |
| 8. wyższe | |  | 8. stypendium |  |
| 9. wyższe ze stopniem naukowym |  | | Alimenty / inne |  |

**XI. Cel realizacji likwidacji barier w komunikowaniu się**

…………………………………………………………………………………………………………………………....…............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**XII. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy) w celu likwidacji barier w komunikowaniu się i przewidywany koszt**

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

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

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

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

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

3

**XIII. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania w zł:**

cyframi: ................................................................................................................................................................................

(słownie: ........................................................................................................................................................................... zł)

**Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1,2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny**

**(Dz. U. z 2017 r. poz. 2204 .) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

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

**(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\***

**opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)**

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

.............................................................................................................. syn/córka .....................................................

*imię (imiona) i nazwisko imię ojca*

nr PESEL ............................................................................... nr NIP ...................................................................................

miejscowość .................................................... ulica ...................................................... nr domu ............ nr lokalu ...........

*dokładny adres*

nr kodu ........................... poczta ...................................................................... powiat .........................................................

województwo .......................................................................... nr tel./fax (z nr kier.) ...........................................................

ustanowiony opiekunem\*/pełnomocnikiem\* .........................................................................................................................

*(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ....................................... sygn. akt\* / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego*

*przez Notariusza ................................................ z dn. ....................................... repet. nr....................................................*

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (oryginał do wglądu).

2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wraz z Wnioskodawcą

w przypadku takich osób ( oryginał do wglądu ).

1. Aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty **(wypisane czytelnie i w języku polskim ważne** **3 miesiące )** wskazujące rodzaj schorzenia w związku, z którym wymagany jest zakup wnioskowanego sprzętu wraz z uzasadnieniem konieczności jego zakupu, a w przypadku dofinansowania do komputera orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej i opinii psychologa lub logopedy bądź pedagoga,
2. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy oraz osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą.
3. Zaświadczenie o pobieraniu nauki ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się
4. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
5. Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania (oryginał do wglądu).
6. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeżeli taki występują (oryginał do wglądu).
7. Ofertę cenową wnioskowanego sprzętu
8. Kopia postanowienia Sądu Rejonowego w przypadku, kiedy wniosek składa opiekun prawny lub pełnomocnik – pełnomocnictwo potwierdzone notarialnie
9. **Inne dokumenty na żądanie PCPR (potrzebne do realizacji zadania).**

**4**

***W przypadku podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą decyzja na podstawie, której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana, a w przypadku wypłaty Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PFRON środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.***

**I. Adnotacje przyjmującego wniosek**

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

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

(data i podpis)

**II. Decyzja komisji ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, technicznych, urbanistycznych i w komunikowaniu się:**

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

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

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

Całkowity koszt przedsięwzięcia : kwota ....................................................................................

Dofinansowanie PFRON - % ............. kwota.....................................................................................

Udział Wnioskodawcy - % .................kwota.....................................................................................

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

(data i podpis)

5

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**Wnioskodawcy o dochodach netto w gospodarstwie domowym**

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

(imię i nazwisko)

zamieszkały (a):…………………………….…………………………...………………………

…………………………………...…………………...………………………………………….

**oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię | Nazwisko | Stopień  pokrewieństwa  z wnioskodawcą | Miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku | | |
| Dane dotyczące Wnioskodawcy: | | | | | |
| 1. |  | wnioskodawca |  | | |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego: | | | | | |
| 2. |  |  |  | | |
| 3. |  |  |  | | |
| 4. |  |  |  | | |
| 5. |  |  |  | | |
| 6. |  |  |  | | |
| 7. |  |  |  | | |
|  | | Razem |  |  |

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód netto podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym,** obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi ……...…………. zł …....……… gr., (słownie....................................................................................................  
………………………………………………………………………………………………...........zł.)

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów. Ja niżej podpisany(a), pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań składam stosownie do zapisu art. 75 § 2 kodeksu postępowania administracyjnego powyższe oświadczenie.

1. ............................................... ..............................................
2. *miejscowość, data czytelny podpis wnioskodawcy*

***1DOCHÓD,*** *w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób stanowi: a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o*

*podatku dochodowym od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczane do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenia zdrowotne b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne. c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.*

*Przez inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych rozumiemy:*

1. *- renty okresowe w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,*
2. *- renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych  
   w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,*
3. *- świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługującym żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnionym kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,*
4. *- dodatek kombatancki, ryczałt energetycznymi dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,*
5. *- świadczenia 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,*
6. *- emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku badań wojennych w latach 1939 – 1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów i niewybuchów,*
7. *- 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,*
8. *- zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach  
   o systemie ubezpieczeń społecznych,*
9. *- środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub 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,*
10. *- należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczpospolitej 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 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.),*
11. *- należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych  
    i jednostek policyjnych używanych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państw albo 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 wielonarodowościowych,*
12. *- należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód*
13. *- wynagrodzenie członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu użytkowania przez spółdzielnię wniesionych wkładów gruntowych,*
14. *- alimenty na rzecz dzieci,*
15. *- stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, o szkolnictwie wyższym oraz w przepisach o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki,*
16. *- kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,*
17. *- należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskanie z tytułu wyżywienia tych osób,*
18. *- dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26.01.1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. Z 2003 r. Nr 118, poz. 1112, Nr 137, poz. 1304, Nr 203, poz. 1966 i Nr 213, poz 2081),*
19. *- dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,*
20. *- ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji  
    i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego „Polskie Koleje Państwowe”,*
21. *- ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003 – 2006 świadczenia określone w przepisach o wykonaniu mandatu posła i senatora- dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego*

7

...........................………………

Stempel zakład opieki zdrowotnej (data)…………………………..

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**Uzupełnia w całości lekarz specjalista (**prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta……………………………………………………………………..........

Data urodzenia………………………………………………………………………………..........

Adres zamieszkania .........................................................................................................................

**1**.Rozpoznanie choroby zasadniczej…………………………………………………...……..........

………………………………………………………………………………………......................………..............................................................................................................................................

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

**2**. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności…………………………………….……………...............................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................

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

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

**3.** Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące………………...........

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..................

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

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

**4.** Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):

* narządu ruchu w zakresie …............................................................................................
* narządu słuchu,
* narządu wzroku,
* narządu mowy,
* niepełnosprawność intelektualna,
* inne schorzenie, w zakresie…………………………………………………………..........................................................

**5.** Zasadność zakupu urządzeń (wraz z montażem) ułatwiających codzienne czynności lub kontakty z otoczeniem lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............................…......................................................................................................................................................

…………………………………..

(pieczątka i podpis lekarza)

**8**

**OŚWIADCZENIE**

**IMIĘ I NAZWISKO – miejsce zamieszkania osoby składającej oświadczenie:**

**................................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................................**

Ja niżej podpisany/a, pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 i §2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz.U. z 2017r, poz. 2204) – za zeznania nieprawdy lub zatajenie prawdy\*

Oświadczam, że:  
1. w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałem/am dofinansowania ze

środków Funduszu na cele w tym samym zakresie (licząc od zakończenia roku w którym

udzielono pomocy).

2. nie posiadam zaległości wobec Funduszu

Jeśli tak, podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania ..................................................

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

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

3. w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem /am stroną umowy zawartej z

funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie

4. podane informacje są zgodne z prawdą oraz przyjmuje do wiadomości, że podanie przez

Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego

rozpatrywania.

5. zostałem/łam zapoznany/na z zasadami udzielania dofinansowania w ramach likwidacji

barier funkcjonalnych oraz przyjąłem/łam je do wiadomości

\* *niepotrzebne skreślić*

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

miejscowość, data podpis Wnioskodawcy

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

podpis osoby przyjmującej

\* Art. 233

§1- Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sadowym lub innym

postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę

podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat

§2 – Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie działając w zakresie swych

uprawnień uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub

odebrał od niego przyrzeczenie.

9

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany(a), pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233  
§ 1. Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny (t.j. [Dz.U. z 2017 r. poz. 2204](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtgu2tsojvge4dmltwmvzc4mjxgaytc&groupIndex=0&rowIndex=0)*)   
§ 1 – Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8*

Oświadczam, iż na dzień składania wniosku zamieszkuje na terenie powiatu jędrzejowskiego i posiadam stały meldunek pod niżej wskazanym adresem:

…………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko

………………………………………………………………………………………………......

Adres

Jednocześnie oświadczam, że w .................. roku nie ubiegam się o dofinansowanie do likwidacji barier: architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, dofinansowanych ze środków PFRON w innym PCPR, MOPR-ze niż PCPR w Jędrzejowie.

……………………………………………………..

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

**\*/** niepotrzebne skreślić

**10**

|  |
| --- |
| **KLAUZULA INFORMACYJNA** |

Informuję, że zgodnie z z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz U. z 2018 r. poz. 10000), zgodnej z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa: | Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jędrzejowie |
| Adres: | ul. Okrzei 49b; 28-300 Jędrzejów |
| Telefon: | tel./fax 41 386 36 00 |
| Email: | pcpr@jedrzejow.pl |

1. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko: | Mariusz Piskorczyk |
| Email: | biuro@ochrona-danych.com.pl |

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu/ach:

|  |
| --- |
| *w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Centrum Pomoc Rodzinie w Jędrzejowie* |

1. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:

|  |
| --- |
| *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. oraz na podstawie Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz. U. z 2017r. poz. 1769 z późn. zm.); ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2018 r. , poz. 511); ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (t.j. Dz. U. z 2015r. poz. 1390); ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 697 z późn. zm.);* |

1. W razie konieczności dane mogą być udostępnione podmiotom:

|  |
| --- |
| *upoważnionym na podstawie prawa.* |

1. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres:

|  |
| --- |
| *przewidziany prawem, a szczególnie zgodnie Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt.* |

1. Podanie danych jest niezbędne do wywiązania się z obowiązku prawnego, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest wywiązanie z obowiązku prawnego.
2. Posiada Pani/Pan prawo do:
   1. żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
   2. wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
   3. przenoszenia danych,
   4. wniesienia skargi do organu nadzorczego,
3. Podanie danych jest:

|  |
| --- |
| *obowiązkowe w celu wywiązania się z obowiązków prawnych.* |

1. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

**OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH**

**11**