



WARSZAWSKIE CENTRUM POMOCY RODZINIE



PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PFRON

## WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ II- pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

**Wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu.** We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". 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.)

### DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko.....

Data urodzenia .....r. Dowód osobisty seria ..... numer .....

wydany przez .....

w dniu ..... ważny do dnia .....

PESEL

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

### MIEJSCE ZAMIESZKANIA - miejscowość,

w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są plany życiowe. **Uwaga! Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania**

Kod pocztowy \_ \_ - \_ \_ \_

Poczta .....

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr m. ....

Powiat .....

Województwo .....

### ADRES ZAMELDOWANIA

wpisać jeżeli jest inny niż adres podany w kolumnie „Miejsce zamieszkania”

Kod pocztowy \_ \_ - \_ \_ \_

Poczta.....

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu .....Nr m. ....

Powiat .....

Województwo .....

### Adres do korespondencji –

wpisać jeżeli jest inny niż adres podany w kolumnie „Miejsce zamieszkania”:

Kod pocztowy \_ \_ - \_ \_ \_

Poczta .....

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr m. ....

Powiat .....

Województwo .....

### Dane do kontaktu\*: WYPEŁNIĆ OBOWIĄZKOWO

nr kier. ... nr telefonu:.....

Nr telefonu komórkowego: .....

e-mail: .....

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY**

- |                                                                                       |                                              |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień     | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka   |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy                               | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka  |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy                               | <input type="checkbox"/> lekki stopień       | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |

Orzeczenie ważne: ☐ okresowo do ..... ☐ bezterminowo

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY**

- |                                                     |                                              |                                                      |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> narząd ruchu               | <input type="checkbox"/> narząd słuchu       | <input type="checkbox"/> narząd wzroku               |
| <input type="checkbox"/> epilepsja                  | <input type="checkbox"/> ogólny stan zdrowia | <input type="checkbox"/> niepełnosprawność sprzężona |
| <input type="checkbox"/> inne przyczyny, jakie..... |                                              |                                                      |

**ZATRUDNIENIE WNIOSKODAWCY**

- |                                                                                                     |                                                                             |                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nie zatrudniony                                                            | <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę          | <input type="checkbox"/> zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy<br>(okresy umów następujących po sobie sumują się) |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, spółdzielczej umowy o pracę | <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza                            | <input type="checkbox"/> działalność rolnicza <input type="checkbox"/>                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy                                                              | <input type="checkbox"/> rejestracja w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna | <input type="checkbox"/> rejestracja w Urzędzie Pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu, od dnia.....                                        |

☐ miejsce pracy (wraz z adresem):

☐ okres zatrudnienia:

**Forma kształcenia która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:**

- |                                                          |                                                                         |                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie   | <input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia                      | <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia                                                                            |
| <input type="checkbox"/> studia podyplomowe              | <input type="checkbox"/> studia doktoranckie                            | <input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych                                                     |
| <input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim | <input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych | <input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej                                                                         |
| <input type="checkbox"/> nauka w uczelni zagranicznej    |                                                                         | <input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) |

**Pierwszy kierunek****Okres trwania nauki w szkole***(ile semestrów)* .....**Data rozpoczęcia nauki/studiów**

.....

Nauka odbywa się w systemie:

☐ stacjonarnym☐ niestacjonarnym☐ nie dotyczy

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu:

☐ tak☐ nie

Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:

☐ tak☐ nie**Drugi kierunek****Okres trwania nauki w szkole***(ile semestrów)* .....**Data rozpoczęcia nauki/studiów**

.....

Nauka odbywa się w systemie:

☐ stacjonarnym☐ niestacjonarnym☐ nie dotyczy

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu:

☐ tak☐ nie

Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:

☐ tak☐ nie**WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY**☐ średnie ogólne☐ średnie zawodowe☐ policealne☐ wyższe☐ inne, jakie: .....**Forma kształcenia która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:**☐ jednolite studia magisterskie☐ studia pierwszego stopnia☐ studia drugiego stopnia☐ studia podyplomowe☐ studia doktoranckie☐ nauka w kolegium pracowników służb społecznych☐ nauka w kolegium nauczycielskim☐ nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych☐ nauka w szkole policealnej☐ nauka w uczelni zagranicznej☐ przeprowadzenie przewodu doktorskiego (*dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich*)**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY****na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku\***

numer rachunku bankowego:

- - - - -

nazwa banku .....

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (w tym poprzez jednostki samorządu powiatowego – PCPR lub MOPR) w ramach programów „STUDENT”, „STUDENT II”, „AKTYWNY SAMORZĄD-Moduł II”:

(forma studiów: szkoła policealna, studia jednolite, I stopnia, II stopnia, podyplomowe, studia doktoranckie, kolegium pracowników służb społecznych, kolegium nauczycielskie, nauczycielskie kolegium języków obcych)

[illegible]

**WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA W JEDNYM PÓŁROCZU NAUKI  
w ROKU AKADEMICKIM..... / .....**
**PIERWSZY KIERUNEK**

Pełna nazwa uczelni / szkoły:

Pełna nazwa wydziału:

Pełna nazwa kierunku:

Rok nauki:

Semestr nauki:

| Lp     | Rodzaje kosztów                                 | kwota dofinansowania |
|--------|-------------------------------------------------|----------------------|
| 1.     | Opłata za naukę (czesne)                        | zł.                  |
| 2.     | Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego | zł.                  |
| 3.     | Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia         | zł.                  |
| RAZEM: |                                                 | zł.                  |

słownie złotych:

**DRUGI KIERUNEK**

Pełna nazwa uczelni / szkoły:

Pełna nazwa wydziału:

Pełna nazwa kierunku:

Rok nauki:

Semestr nauki:

|                                     |                          |     |
|-------------------------------------|--------------------------|-----|
| 5.                                  | Opłata za naukę (czesne) | zł. |
| RAZEM: ( PIERWSZY I DRUGI KIERUNEK) |                          | zł. |

słownie złotych:

tak ☐      nie ☐

.....

.....

.....

W ramach programu „Aktywny samorząd” **nie mogą uczestniczyć** osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PERON.

a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone.

- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna
- w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,
- wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,
- wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności

tak ☐

nie ☐

.....

[illegible]

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

**Oświadczam, że:**

- 1) 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;
- 2) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć w ciągu kolejnych 14 dni od daty otrzymania pisma z WCPR oraz, że po ww. terminie uzupełniania wniosku nie jest możliwe, a także że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną;
- 3) 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,
- 4) w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie (Uwaga! – w ramach programu „Aktywny samorząd” nie mogą uczestniczyć osoby które w przeszłości, były stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON, w tym za pośrednictwem powiatu i rozwiązanej z przyczyn leżących po ich stronie – wykluczenie obowiązuje w ciągu 3 lat, licząc od początku roku, następującego po roku w którym wygasło zobowiązanie wobec PFRON);
- 5) nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.
- 6) zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd – Moduł II” oraz przyjąłam/łem do wiadomości, że tekst programu „Aktywny samorząd” i procedur realizacji tego programu są dostępne na stronie internetowej: [www.wcpr.pl](http://www.wcpr.pl) i [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl).
- 7) zobowiązuje się do bezzwłocznego powiadomienia Realizatora programu, tj: WCPR-SCON o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych w złożonym przeze mnie wniosku, w formie pisemnej.
- 8) Nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i realizatora programu.
- 9) Posiadam środki własne na pokrycie udziału własnego w opłacie za czesne w okresie objętym dofinansowaniem.

.....  
**Miejscowość data**

.....  
**podpis wnioskodawcy**

**Pouczenie:**

*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.*

## Załączniki wymagane do wniosku

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Kserokopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego stopień niepełnosprawności bądź równoważnego (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS) – oryginał do wglądu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>załącznik nr 1</b> - oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>załącznik nr 2</b> - oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <p><b>załącznik nr 3</b> - wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego.</p> <p><b>Uwaga!</b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki.</p> <p><b>Uwaga!</b> Wzór określony w zał. nr 3 do wniosku nie dotyczy osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole.</p>                                                                                 |  |
| Kserokopia dokumentu stanowiącego pełnomocnictwo lub opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik lub opiekun prawny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Potwierdzenie opłacenia udziału własnego w części nie objętej dofinansowaniem PFRON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| Dowód osobisty - oryginał do wglądu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| <p><b>Oryginał Faktury VAT / rachunku</b> (gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe) potwierdzająca dokonanie opłaty za naukę (czesne) - w przypadku gdy wnioskodawca ubiega się o <b>refundację</b> poniesionych kosztów lub</p> <p><b>Uwaga!</b></p> <p>Wymagane jest aby ww. dokumenty finansowe zawierały szczegółową informację dotyczącą formy, kierunku, semestru, roku akademickiego nauki jakiego dotyczy opłata oraz wkładu własnego i były <b>podpisane przez wnioskodawcę</b></p> <p><b>Oryginał Faktury VAT / rachunku</b> (gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe) <b>z określonym terminem do zapłaty</b> - w przypadku gdy Wnioskodawca ubiega się o <b>dofinansowanie</b> kosztów opłaty za naukę na rachunek bankowy uczelni/szkoły.</p> <p><b>Uwaga!</b></p> <p>Wyplata dofinansowania na rachunek bankowy Wnioskodawcy następuje wyłącznie na podstawie <b>Faktury VAT / rachunku</b> zawierającej adnotację „zapłacono” i podpisanego przez wnioskodawcę</p> |  |
| <p>W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>załącznik nr 4</b> - zaświadczenie wystawione przez pracodawcę zawierające informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (<i>jeżeli tak to w jakiej wysokości</i>).</li> <li>Potwierdzenie opłacenia udziału własnego w części nie objętej dofinansowaniem PFRON</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |



## KLAUZULA INFORMACYJNA

### O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

W związku z realizacją wymogów 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), **informuję o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.**

Poniższe zasady stosuje się począwszy od 25 maja 2018 roku.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Warszawskim Centrum Pomocy Rodzinie jest: **Dyrektor Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Lipińska 2, 01-833 Warszawa.**
2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w WCPR za pomocą adresu [IOD@wcpr.pl](mailto:IOD@wcpr.pl).
3. Administrator danych osobowych – Dyrektor WCPR - przetwarza Pani/Pana **dane osobowe w celu przyznania Wnioskodawcy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.**
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
  - 1) wypełnienia obowiązków prawnych Administratora,
  - 2) realizacji umów zawartych z kontrahentami m. st. Warszawy,
  - 3) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o którym mowa w pkt 4 odbiorcami podanych we Wniosku danych osobowych mogą być:
  - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
  - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z WCPR przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Dyrektor WCPR.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
  - 1) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
  - 2) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
  - 3) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy:
    - a) dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
    - b) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,
    - c) osoba, której dane dotyczą wycofała zgodę na przetwarzanie danych osobowych, która jest podstawą przetwarzania danych i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania danych,
    - d) dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
    - e) dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
  - 4) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych – w przypadku, gdy:
    - a) osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
    - b) przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,
    - c) Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, ale osoba, której dane dotyczą, potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,
    - d) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie Administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;
  - 5) prawo do przenoszenia danych – w przypadku w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
    - a) przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane dotyczą lub na podstawie zgody wyrażonej przez tę osobę,
    - b) przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany
  - 6) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:

## Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

- a) zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora,
  - b) przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą jest dzieckiem.
8. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, zgodnie z obowiązującym prawem.
9. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w WCPR Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.
10. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
11. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
12. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

**Administrator**  
**danych osobowych**

*niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Administratora przez Wnioskodawcę we wniosku o pomoc ze środków PFRON.*

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

**Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam niniejszym dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):**

.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

**przez Administratora oraz PFRON w celu przyznania dofinansowania ze środków PFRON i potwierdzam zapoznanie się z powyższymi Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w Warszawskim Centrum Pomocy Rodzinie w ramach udzielania dofinansowań ze środków PFRON, oraz oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach.**

.....  
*Data i podpis osoby składającej oświadczenie*

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY  
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH  
przez Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie, oraz PFRON**

Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit a. 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych)

**wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie, oraz PFRON** w celu zrealizowania wniosku z dnia ..... dotyczącego uzyskania dofinansowania ze środków PFRON, do którego dołączam mniejszą zgodę.

**Pracownik przyjmujący oświadczenie**

**Osoba składająca oświadczenie**

.....  
podpis z datą i pieczętką imienną

.....  
czytelny podpis z datą



## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy** - należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1518 z późn. zm.), 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 w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2015 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2016r. – M.P. 2016 poz. 932), według wzoru:  $[(2.506 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ .

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 przepisem nr 1**):

|                                                                                                                                                |                        | Średni miesięczny dochód netto |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|
| 1.                                                                                                                                             | Wnioskodawca:<br>..... |                                |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</b> |                        | <b>X</b>                       |
| 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 **przepisem nr 2**);

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

*/uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zapoznany z treścią art. 233 par. 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. t.j. 2016, poz. 1137 z późn. zm.), która brzmi: „kto składa zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”/*

....., 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 uchylona 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**

**Dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.**

Dochód - oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- a) 3 przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. t.j. 2016 r. poz., 2032, z późn. zm.), 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,
- 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:
  - renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
  - renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
  - świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
  - dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
  - świadczenie 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,
  - emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów i niewybuchów,
  - 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,
  - zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
  - środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych 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,
  - należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą - w wysokości odpowiadającej równoważności 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. t.j. 2016 r. poz. 1666 z późn. zm.),
  - należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojuszników, 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 wielonarodowych,
  - 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,
  - dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
  - alimenty na rzecz dzieci,
  - stypendia doktoranckie i habilitacyjne przyznane na podstawie ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. z 2016 r. poz. 882 z późn. zm.), stypendia doktoranckie określone w art. 200 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2016r. poz. 1842, z późn. zm.), stypendia sportowe przyznane na podstawie ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. z 2016r. poz. 176 z późn. zm.) oraz inne stypendia o charakterze socjalnym przyznane uczniom lub studentom,
  - kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
  - należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywienia tych osób,
  - dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2016r. poz. 1379 z późn. zm.),
  - dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
  - ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego "Polskie Koleje Państwowe",
  - ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003-2006,
  - świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
  - dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
  - dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,
  - renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
  - zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej,
  - świadczenia pieniężne wypłacane w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów,
  - pomoc materialną o charakterze socjalnym określoną w art. 90c ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2016r., poz. 1943, z późn. zm.) oraz pomoc materialną określoną w art. 173 ust. 1 pkt 1, 2 i 8, art. 173a, art. 199 ust. 1 pkt 1, 2 i 4 i art. 199a ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym,
  - kwoty otrzymane na podstawie art. 27f ust. 8-10 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
  - 4 świadczenie pieniężne i pomoc pieniężną określone w ustawie z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. 2015, poz. 693),
  - 5 świadczenie rodzicielskie,
  - 6 zasiłek macierzyński, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników

**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**

łączny średni miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „**Razem**” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia

=

liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia

.....  
pieczęć szkoły/uczelni**ZAŚWIADCZENIE**wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON  
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....

nr PESEL .....

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę\* w.....

.....  
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)..... Rok nauki..... semestr nauki.....  
ile semestrów trwa nauka.....Czy Pan/Pani powtarza/powtarzał(a) rok nauki\*\*: ☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, to który rok/semestr nauki .....

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce w bieżącym półroczu/semestrze nauki\*\*: ☐ tak ☐ nie  
(przerwa nauce dotyczy przerwy w kontynuowaniu nauki, np.: urlop zdrowotny, urlop dziekański)Okres zaliczeniowy w szkole\*\*: ☐ semestr ☐ rok akademicki (szkolny)Nauka odbywa się w systemie\*\*: ☐ stacjonarnym ☐ niestacjonarnym

Forma kształcenia\*\*:

|                                                                                        |                                                                 |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie                                 | <input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia              | <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia                |
| <input type="checkbox"/> studia podyplomowe                                            | <input type="checkbox"/> studia doktoranckie                    | <input type="checkbox"/> kolegium pracowników służb społecznych |
| <input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie                                       | <input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych | <input type="checkbox"/> szkoła policealna                      |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej |                                                                 |                                                                 |

Nauka jest odpłatna\*\*: ☐ tak ☐ nie      Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze

(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi\*\*\*: ..... zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane\*\*: ☐ nie ☐ tak - ze środków\*\*\*:

1. .... w wysokości:..... zł

2. .... w wysokości:..... zł

**Organizacja semestru / półrocza nauki w roku akademickim ...../..... r.**

|                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------|--|
| Data rozpoczęcia semestru (dzień, miesiąc, rok)             |  |
| Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok)             |  |
| Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok) |  |
| Data zakończenia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok) |  |

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - właściwe zaznaczyć

\*\*\* - jeżeli dotyczy wypełnić

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis:





.....  
pieczęć zakładu pracy

**ZAŚWIADCZENIE**  
wydane przez Zakład Pracy

**Pan/Pani**.....

**zamieszkały/a w** .....

**nr PESEL**.....

**jest zatrudniony/a w** .....

.....  
( nazwa, adres i tel. kontaktowy Zakładu Pracy )

☐ na czas określony od dnia:..... do dnia: .....

☐ na czas nieokreślony

**Na podstawie:**

☐ umowy o pracę ( ☐ pierwsza umowa, ☐ kontynuacja )

☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

☐ umowy cywilnoprawnej ( ☐ pierwsza umowa, ☐ kontynuacja )

☐ staż zawodowy

**Zakład pracy dofinansowuje koszty nauki na poziomie wyższym:**

☐ tak, w wysokości ..... złotych

☐ nie

**data i czytelny podpis:**.....



.....  
pieczęć szkoły/uczelni

## ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON  
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....

nr PESEL .....

kontynuuje naukę\* w.....

.....  
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

..... Rok nauki..... semestr nauki.....

- Zaliczył semestr ☐ tak ☐ nie
- Uczęszczał na zajęcia objęte planem / programem studiów / nauki ☐ tak ☐ nie
- Realizuje przewód doktorski zgodnie z przyjętym harmonogramem ☐ tak ☐ nie
- korzysta z przerwy w nauce w bieżącym semestrze nauki ☐ tak ☐ nie  
(przerwa nauce dotyczy przerwy w kontynuowaniu nauki, np.: urlop zdrowotny, urlop dziekański)
- powtarza rok nauki ☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, to który rok/semestr nauki .....

podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: