

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU (OSOBA NIESAMODZIELNA)

Nazwa projektodawcy:
Gmina Białośliwie/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w gminie Białośliwie
Tytuł projektu:
„Nie jesteśmy sami - kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielných i niepełnosprawnych z gminy Białośliwie”

Dane uczestnika													
Imię													
Nazwisko													
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												
zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL													
Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED)	ISCED 5-8 Wyższe	<input type="checkbox"/>											
	ISCED 4 Policealne	<input type="checkbox"/>											
	ISCED 3 Ponadgminazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)	<input type="checkbox"/>											
	ISCED 2 Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>											
	ISCED 1 Podstawowe	<input type="checkbox"/>											
	ISCED 0 Brak	<input type="checkbox"/>											

Dane kontaktowe uczestnika	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	



Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu

Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy <small>Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy.</small>	Tak		Nie	
Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy <small>Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy.</small>	Tak		Nie	
W tym długotrwale bezrobotny <small>Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy). - Dorosli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie.</small>	Tak		Nie	
Bierny zawodowo <small>Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).</small>	Tak		Nie	
W tym osoba ucząca się	Tak		Nie	
W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	Tak		Nie	
Osobą pracującą (niezależnie od rodzaju umowy) <small>Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Studenci, którzy są zatrudnieni (również na część etatu), powinni być wykazywani jako osoby pracujące.</small>	Tak		Nie	
osoba pracująca w administracji rządowej				
osoba pracująca w administracji samorządowej				
inne				
osoba pracująca w MMŚP				
osoba pracująca w organizacji pozarządowej				
osoba prowadząca działalność na własny rachunek				
osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie				
Zatrudniony w: <small>Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony</small>				
Wykonywany zawód:				
Nauczyciel kształcenia zawodowego				
Nauczyciel kształcenia ogólnego				
Nauczyciel wychowania przedszkolnego				
Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego				
Pracownik instytucji rynku pracy				

Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	
Rolnik	
Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	
Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej	
Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	
Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej	
Instruktor praktycznej nauki zawodu	
Inny	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	
(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)	
Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	
Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.	
Tak	Nie
	Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).	
Tak	Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	
Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.	
Tak	Nie
	Odmowa podania informacji
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym, bez osób pracujących	
Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje. Wszyscy członkowie gospodarstwa domowego są albo bezrobotni albo bierni zawodowo.	
Tak	Nie
w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	
(Należy wypełnić tylko w przypadku gdy powyżej zaznaczono odpowiedź: Tak)	
Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem/rodzicami.	
Tak	Nie



Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu

Osoba dorosła to osoba powyżej 18 lat. Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są bierne zawodowo oraz mieszkają z rodzicem.

Tak		Nie	
-----	--	-----	--

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0.

(Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia)

Tak		Nie		Odmowa podania informacji	
-----	--	-----	--	---------------------------	--

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia – kryteria obligatoryjne		TAK	NIE
Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):	jestem osobą zamieszkałą w woj. wielkopolskim na terenie gminy wiejskiej Białośliwie w rozumieniu Kodeksu Cywilnego;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jestem osobą niesamodzielną ¹ ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym ² ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jestem osobą samotną lub pozbawioną wsparcia rodziny (osoby o ograniczonej samodzielności i nie posiadające wsparcia ze strony rodziny i najbliższych osób) i nie wymagam całodobowej opieki (dotyczy mieszkania wspomaganego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

1

Odbiorcami usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania są osoby niesamodzielne. Pomoc przysługuje osobie, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób i może być przyznana:

- osobie samotnej w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości;
- osobie samotnie gospodarującej w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępní, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości;
- osobie w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości.

² Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:

- osoby korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z późn. zm.);
- osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. 1991 Nr 95 poz. 425 z późn. zm.)
- osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.);
- członek rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;
- osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);
- osoby niesamodzielne ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia;
- osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.



Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):	Kryterium pierwszeństwa	TAK	NIE	Jeśli tak
	Jestem osobą niesamodzielną i/lub niepełnosprawną a mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ust. z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40 pkt
	Kryteria premiujące	TAK	NIE	Jeśli tak
	Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego, jako wykluczenie z powodu więcej niż 1 przesłanek, o których mowa w Regulaminie Projektu (§2 pkt 4) i zwalczania ubóstwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 pkt
	Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/osobą z niepełnosprawnością sprzężoną/ osobą z niepełnosprawnością intelektualną/ osobą z zaburzeniami psychicznymi/osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 pkt
	Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 pkt
Jestem osobą w wieku poprodukcyjnym ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5pkt	

^{3 3} Według metodologii Głównego Urzędu Statystycznego w wieku poprodukcyjnym znajdują się:

- a. mężczyźni w wieku 65 lat i więcej,
- b. kobiety w wieku 60 lat i więcej



Deklaracja uczestnictwa w projekcie:

Deklaruję uczestnictwo w projekcie „Nie jesteśmy sami - kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielných i niepełnosprawnych z gminy Białośliwie” realizowanym przez Gminę Białośliwie/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w gminie Białośliwie w ramach Działania 7.2 2 Usługi społeczne i zdrowotne – Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny 2014-2020.

RODZAJ WSPARCIA		
Proszę wybrać rodzaj wsparcia, o które ubiega się kandydat:	Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/>
	Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/>
	Usługi asystenckie świadczone w miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/>
	Miejsce w mieszkaniu wspomaganym	<input type="checkbox"/>
	Klub Seniora	<input type="checkbox"/>

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis



OŚWIADCZENIA:

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:

1. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie „Nie jesteśmy sami - kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych z gminy Białośliwie” realizowanego w ramach Wielkopolskiego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych na stronie internetowej projektu www.gops-bialosliwie.naszops.pl
2. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;

.....
data i czytelny podpis



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „**Nie jesteśmy sami - kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnym i niepełnosprawnym z gminy Białośliwie**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 - Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - Minister Rozwoju, mający siedzibę przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020:
 - a) rozporządzenia 1303/2013;
 - b) rozporządzenia 1304/2013;
 - c) ustawy wdrożeniowej.
 - 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
 - a) rozporządzenia 1303/2013;
 - b) rozporządzenia 1304/2013;
 - c) ustawy wdrożeniowej;
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między Beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str.1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu (nr Projektu) RPWP.07.02.02-30-0020/17, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej - Zarząd Województwa Wielkopolskiego, 61-714 Poznań, al. Niepodległości 34 (nazwa i adres właściwej Instytucji Zarządzającej), Beneficjentowi realizującemu Projekt (nazwa i adres Beneficjenta) Gmina Białośliwie/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w gminie Białośliwie z siedzibą przy ulicy Księdza Kordeckiego 1, 89-340 Białośliwie oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu (nazwa i adres ww. podmiotów) Fundacja Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnym, ul. Klimkowa 182e/2, 62-064 Plewiska. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone



specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.

5. Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.
6. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
7. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

ZAŁĄCZNIKI (proszę zaznaczyć właściwe):

Załącznik	
Zaświadczenie od lekarza o niesamodzielności z ewentualną informacją o zalecanym przez lekarza rodzaju pielęgnacji	
Zaświadczenie o dochodach i/lub inne dokumenty potwierdzające dochód na osobę samotnie gospodarującą, osobę w rodzinie lub rodzinę. ⁴	
Zaświadczenie od lekarza o konieczności realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych – (dotyczy osób ubiegających się o przyznanie specjalistycznych usług opiekuńczych)	
Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności osoby niesamodzielnej bądź innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia – (dotyczy osób z niepełnosprawnościami)	
Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza prowadzącego w przypadku osób chorujących psychicznie lub niesprawnych intelektualnie, w tym lekarza rodzinnego, a w przypadku niepełnosprawności skojarzonych i występowania chorób współistniejących także lekarza specjalistę oraz opinii psychologa o osobie przyjmowanej (dotyczy mieszkania wspomaganego).	
Załącznik nr 1 Pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych na uczestnictwo w Projekcie – (dot. osób niepełnoletnich)	
Załącznik nr 2 Wniosek o przyznanie pomocy w formie pobytu w mieszkaniu wspomaganym	

⁴ Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: „Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o: 1) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych; 2) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach; 3) kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób”.