MOPS-DPN.4245…….

.....

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek *data wpływu wniosku*

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

I. Dane dotyczące wnioskodawcy (*wypełnić drukowanymi literami*)

.....syn/córka.....
nazwisko i imię/imiona *imię ojca*

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....
dowód osobisty

nr PESEL .....

nr kodu .....-..... poczta .....województwo/powiat ...../.....
dokładny adres

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

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

……

tel. kontaktowy.....

A. Rodzaj niepełnosprawności (zaznacz: **TAK** lub **NIE**)

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

B. Stopień niepełnosprawności (zaznacz: **TAK** lub **NIE**)

1. znaczny/ inwalidztwo I grupy/ .....
2. umiarkowany/ inwalidztwo II grupy/ .....
3. lekki/ inwalidztwo III grupy/ …….....

II. Sytuacja zawodowa (zaznacz: **TAK** lub **NIE**)

1. zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą .....
2. dzieci do 18 lat …….
3. młodzież do lat 24 ucząca się lub studiująca .....
4. bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy .....
5.rencista/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy .....

III. Sytuacja mieszkaniowa.

A. Osoby zameldowane oraz właściciel lokalu posiadający inne zameldowanie

l. p	Nazwisko i imię	Główny najemca (zaznacz TAK lub NIE)	Pokrewieństwo	Uwagi •
1			**wnioskodawca**	
2				
3				
4				
5				

• w uwagach należy wpisać aktualne adresy osób, które pomimo zameldowania zamieszkują w innym miejscu

B. Opis budynku i mieszkania

1	Data zameldowania wnioskodawcy w lokalu/domu jednorodzinnym

2	Główny lokator lub właściciel mieszkania, domu (imię i nazwisko, aktualny adres)

Tytuł prawny do zajmowanego lokalu (zaznacz: **TAK** lub **NIE**)

a) najem …….……
b) podnajem …….
c) spółdzielcze prawo do lokalu (lokatorskie lub własnościowe) …….
d) własność lokalu w spółdzielni mieszkaniowej . ……..
e) własność innego lokalu mieszkalnego ……
f) własność domu jednorodzinnego ……
g) własność budynku wielorodzinnego, w którym zajmuje lokal ……
h) inny tytuł prawny ……

Liczba izb	(podać ilość)	Oddzielna Kuchnia	**(Zaznacz)** 1) Tak 2) Nie
Piętro	(podać które)	Winda	**(Zaznacz)** 1) Tak 2) Nie
Ogrzewanie	(Zaznacz **Tak** lub **Nie**) 1) Piece węglowe ……... 2) Ogrzewanie centralne ……... 3) Ogrzewanie centralne-gazowe ……... 4) Ogrzewanie elektryczne-akumulacyjne ……..……		
Woda zimna	**(Zaznacz)** 1) Poza budynkiem 2) Poza mieszkaniem 3) W mieszkaniu	Woda ciepła	1) Poza budynkiem 2) Poza mieszkaniem 3) W mieszkaniu

Łazienka	**(Zaznacz)** 1) Brak łazienki 2) Poza mieszkaniem 3) W mieszkaniu	WC	**(Zaznacz)** 1)Poza budynkiem 2)Poza mieszkaniem 3)W mieszkaniu
Wyposażenie łazienki:	(Zaznacz **Tak** lub **Nie**) 1) W wannę …….. 2) W brodzik ……. 3) Kabinę prysznicową ……. 4) Umywalkę ……..		

Inne informacje o warunkach mieszkaniowych ze szczególnym uwzględnieniem barier architektonicznych utrudniających wykonywanie podstawowych, codziennych czynności.....

.....

.....

IV. Wysokość dochodu osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą

Nazwisko i imię	pokrewieństwo	stopień niepełnosprawności	dochód na m-c
1.....	**wnioskodawca**	.....	…….
2.	.....	.....	…….
3.	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....
5.	.....	.....	.....
6.	.....	.....	.....

Razem: .....

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł.....zł.....gr.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

V. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania likwidacji barier architektonicznych

.....

.....

.....

.....

VI. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

……

……...

VII. Przedmiot dofinansowania. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przewidywany koszt realizacji zadania

……

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

cyfrą:.....(słownie:..... zł)

VIII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

……

IX. Zadeklarowana kwota posiadanych środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie zadania określonego w pkt. VII

……

……

X. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Czy wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON	**TAK** ☐	**NIE** ☐
Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON	**TAK** ☐	**NIE** ☐

Nr i data zawarcia umowy	**Kwota**	**Cel**	**Termin rozliczenia**	**Stan Rozliczenia**	**Źródło: PFRON Samorząd powiatowy**

.....
(podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)
**niepotrzebne skreślić*

OŚWIADCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 §1 i§1a ustawy z dnia 6 czerwca 1997r Kodeksu Karnego oświadczam, że podane we wniosku oraz w załącznikach informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

„§1.Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. §1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w §1zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5."

……
czytelny podpis

Oświadczam, *iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu zgodnie z art 6 ust 1a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, dalej: RODO) w celu realizacji niniejszego wniosku, udzielenia wsparcia, kontroli, sprawozdawczości oraz na występowanie do innych podmiotów w ramach postępowania zainicjowanego niniejszym wnioskiem, w celu uzyskania moich danych osobowych niezbędnych do przeprowadzenia postępowania.*

…….
czytelny podpis

KLAUZULA INFORMACYJNA MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W KALISZU
W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Panu przysługiwały
określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu (dalej: MOPS w Kaliszu).
1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu z siedzibą przy ul. Obywatelskiej 4, 62 - 800 Kalisz, (nr tel.: +48 (62)7574510), adres e-mail: mops.kalisz@wp.pl
2. W MOPS w Kaliszu wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu: +48 (62) 757 45 10 lub +48 506 162 271 lub adresem e - mail:mops.kalisz@wp.pl
3. MOPS w Kaliszu może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu:
* umożliwienia interesariuszom realizacji uprawnień i obowiązków wymaganych przepisami powszechnie obowiązującego prawa,
* zapewnienie możliwości realizacji zadań wynikających z zapisów statutu Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu,
* zapewnienia bezpieczeństwa osób i mienia w MOPS w Kaliszu poprzez monitoring z zachowaniem prywatności i godności osób,
* dostarczania do organizacji nowych zasobów materialnych, usług i praw,
* obsługi procesów rekrutacji i zatrudnienia.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt 3, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie,w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
6. W związku z przetwarzaniem przez MOPS w Kaliszu, Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
* dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązany jest Dyrektor MOPS w Kaliszu;
* sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
* ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;
7. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez MOPS w Kaliszu Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu (Administrator Danych Osobowych w MOPS Kalisz)

…….
podpis osoby przyjmującej oświadczenie …….
czytelny podpis

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

.....syn/córka.....
nazwisko i imię/imiona *imię ojca*

seria ..... nr ..... wydany w dniu .....przez .....
dowód osobisty

nr kodu .....-..... poczta ..... województwo/powiat ...../.....
dokładny adres

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

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem* ……
(*postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ... sygn. akt* / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ... z dn. ... repert. nr ...*)

PESEL.....

Załączniki do wniosku:

- kopia orzeczenia o niepełnosprawności **(oryginał do wglądu)**
- kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą, **(oryginał do wglądu)**
- w przypadku gdy wnioskodawca porusza się na wózku inwalidzkim należy dołączyć dowód dokumentujący fakt zakupu wózka inwalidzkiego (np. kserokopie faktury lub kopie rachunku uproszczonego, kopie zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze lub inny dokument potwierdzający nabycie wózka),
- aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu, dokumentujące problemy wnioskodawcy w poruszaniu się **,**
- kserokopia tytułu prawnego lokalu lub budynku mieszkalnego (akt własności, umowa najmu, przydział lokalu spółdzielczego itp. - **oryginał do wglądu**.) oraz zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego w którym wnioskodawca jest zameldowany na stałe na wykonanie prac w celu likwidacji barier architektonicznych.