

MOPS- DPN.....

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu wniosku

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego lub tłumacza – przewodnika

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-.....pocztą województwo/powiat/
dokładny adres zamieszkania

mięscowość ulica nr domu nr lokalu

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....

Tel. kontaktowy:.....

II. Proszę o dofinansowanie:

.....
(należy podać szczegółowo rodzaj usługi)

.....

Przewidywany koszt realizacji zadania:

1/ przewidywany koszt usługi jednej godziny tłumacza języka migowego lub tłumacza
przewodnika zł.(słownie:.....)

.....)

2/ przewidywana łączna liczba godzin usług tłumacza języka migowego lub tłumacza
przewodnika

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

cyfrą:.....(słownie:..... zł)

(wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia).

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

Miejsce realizacji zadania(miejsce wykonywania usługi)

.....

Cel dofinansowania

(opis usługi , zakres, sytuacja, zdarzenie w której mają być świadczone)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Sytuacja zdrowotna

A. Rodzaj niepełnosprawności (Zaznacz Tak lub Nie)

1.dysfunkcja słuchu	
2.dysfunkcja mowy	
3.inne dysfunkcje(podać jakie)	

B. Stopień niepełnosprawności (Zaznacz Tak lub Nie)

1. znaczny (inwalidztwo I grupy)	
2. umiarkowany (inwalidztwo II grupy)	
3. lekki (inwalidztwo III grupy)	

V. Sytuacja zawodowa (Zaznacz Tak lub Nie)

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

VI. 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:			

OŚWIADCZENIE

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

VII. 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

Upředzona/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 §1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, 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

miejsowość 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 ...)

.....
* niepotrzebne skreślić

PESEL:

Załączniki do wniosku:

- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (oryginał do wglądu),
- zaświadczenie **od lekarza** potwierdzające rodzaj schorzenia lub dysfunkcji oraz indywidualne potrzeby osoby niepełnosprawnej (ze wskazaniem, że wnioskodawca wymaga pomocy tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika) w przypadku gdy rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu.