

Data wpływu:

Nr sprawy: MOPS-DPN.4246.....

WNIOSEK

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

ROLA WNIOSKODAWCY

Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie
-------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię, drugie imię i nazwisko:	
PESEL:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość, kod pocztowy:	
Ulica, nr domu / nr lokalu:	
Nr telefonu, adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Inny: (podać jaki)

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY – wypełnić jeżeli dotyczy

Imię, drugie imię i nazwisko:	
PESEL:	

ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY – wypełnić jeżeli dotyczy

Taki sam jak adres zamieszkania

Inny: (podać jaki)

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Wypełnić zgodnie z załączonym do wniosku dokumentem stwierdzającym niepełnosprawność

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

ŚREDNI DOCHÓD

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, wynosił:, zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:
 w tym liczba osób niepełnosprawnych:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

- nie korzystałem
 korzystałem (uzupełnić poniższą tabelę)

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania i uzasadnienie: (wskazać jakie bariery występują w komunikowaniu się z uwagi na niepełnosprawność oraz w jaki sposób zostaną one usunięte poprzez zakup sprzętu)	

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

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

.....

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Proszę wskazać, gdzie będzie miało zostać przelane dofinansowanie w przypadku **pozytywnego rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy dofinansowania**

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dzieci i młodzież do lat 18
- Inne / jakie?.....

OŚWIADCZENIE

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 §1, §1a i §2 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.”

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.

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. Graniczna 1, 62-800 Kalisz, (nr tel.: +48 (62) 757 45 10), adres e-mail: sekretariat@mops-kalisz.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 +48 506 162 147 lub *adresem e-mail: sekretariat@mops-kalisz.pl*

3. MOPS w Kaliszu może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu:

- umożliwienia interesariuszom realizacji uprawnień i obowiązków wymaganych przepisami powszechnie obowiązującego prawa,
- umożliwienie interesariuszom realizacji uprawnień i obowiązków wynikających z uczestnictwa w projektach/programach finansowanych ze środków europejskich, krajowych itp. mających na celu wspieranie rzeczowe, szkoleniowe, usługowe, finansowe i inne beneficjentów,
- zapewnienie możliwości realizacji zadań wynikających z zapisów statutu Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu,
- zapewnienia bezpieczeństwa osób, mienia i informacji 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 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;
- 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)

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

- 1. Kopia dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność.
- 2. Oferta cenowa przedmiotu wniosku z dokładnym wskazaniem marki/producenta i modelu produktu.
- 3. Zaświadczenie od **lekarza specjalisty** potwierdzające indywidualne potrzeby osoby niepełnosprawnej do zakupu danego sprzętu (skorelowane z konkretną niepełnosprawnością) w celu likwidacji bariery w komunikowaniu się – **zgodnie z załącznikiem nr 1 do wniosku**.
- 4. W przypadku składania wniosku przez opiekuna prawnego/pełnomocnika – kopia dokumentu stwierdzającego opiekę prawną nad osobą niepełnosprawną/ kopia pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków **PFRON LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ** (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta	
Adres zamieszkania	
PESEL	

1. Rozpoznanie:

.....

.....

.....

.....

2. Czy osoba niepełnosprawna ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji)?

NIE TAK (na czym polegają)

.....

.....

.....

.....

.....

3. W jaki sposób wnioskowane urządzenie/sprzęt wpłyną na poprawę komunikowania się z otoczeniem:

.....

.....

.....

.....

.....

Z uwagi na powyżej opisany stan zdrowia oraz w związku z posiadaną niepełnosprawnością zaleca się zaopatrzenie w (nazwa sprzętu/urządzenia) w celu likwidacji barier w komunikowaniu się.

.....
Podpis i pieczęć lekarza specjalisty wystawiającego zaświadczenie