

Data wpływu:

Nr sprawy: MOPS-DPN.4248.....

WNIOSEK

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

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 poświadczonego 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, wyniósł: , zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie **zawartych umów**. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

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 |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------|
| | | | | |

I. CEL DOFINANSOWANIA

| | |
|------------------------|--|
| Rodzaj dofinansowania: | |
| Cel dofinansowania: | |

II. KOSZTY REALIZACJI

| | |
|--|--|
| Przewidywany koszt realizacji zadania (100%): | |
| Liczba godzin: | |
| Cena za godzinę: | |
| Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: | |

Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia (informacja dostępna na stronach GUS).

III. MIEJSCE I CZAS REALIZACJI ZADANIA

| | |
|-------------------------------|--|
| Miejsce realizacji: | |
| Termin rozpoczęcia: | |
| Przewidywany czas realizacji: | |

IV. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| | |
|------------------------|--|
| Właściciel konta: | |
| 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

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.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

Uprzedzona/ly 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) 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).

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 wynikających z 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. 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 – zgodnie z załącznikiem nr 1 do wniosku.
3. W przypadku składania wniosku przez opiekuna prawnego/pełnomocnika – kopia dokumentu stwierdzającego opiekę prawną nad osobą niepełnosprawną/ kopia pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza.

.....
Miejscowość, data

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu

| | |
|---|--|
| Imię i nazwisko: | |
| Zamieszkały/zamieszkała: | |
| PESEL: | |
| Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje: | <input type="checkbox"/> słuchu <input type="checkbox"/> mowy <input type="checkbox"/> inne (jakie): |
| Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika: | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak – uzasadnienie: |

.....
Podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie