

.....
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

nr PESEL

nr kodu-..... pocztawojewództwo/powiat/
dokładny adres

miejsowość ulicanr domunr 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 jednorodzinym

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) Piec węglowe		
	2) Ogrzewanie centralne		
	3) Ogrzewanie centralne-gazowe		
	4) Ogrzewanie elektryczne-akumulacyjne		
Woda zimna	(Zaznacz) 1) Poza budynkiem 2) Poza mieszkaniami 3) W mieszkaniu	Woda ciepła	1) Poza budynkiem 2) Poza mieszkaniami 3) W mieszkaniu
Łazienka	(Zaznacz) 1) Brak łazienki	WC	(Zaznacz) 1) Poza budynkiem

	2) Poza mieszkaniem 3) W mieszkaniu		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

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

Uprowadzona/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: 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 +48 506 162 271 lub adresem e-mail: mops.doa@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,

* 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 RODO;

* 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/imięna *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 ...)*

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.