

.....  
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....  
data wpływu wniosku

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych

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

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

nr PESEL .....

nr kodu .....-.....poczt ..... województwo/powiat ...../  
dokładny adres zamieszkania

miejsowość ..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....

Tel. kontaktowy:.....

#### II. Proszę o dofinansowanie:

.....  
(należy podać nazwę przedmiotu dofinansowania)  
.....

#### Przewidywany koszt realizacji zadania

.....

#### Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

cyfrą:.....(słownie:..... zł)

#### Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

.....

**Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**III. Informacja o ewentualnej 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**

.....

.....

**IV. Sytuacja zdrowotna**

**A. Rodzaj niepełnosprawności (Zaznacz Tak lub Nie)**

1. dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. dysfunkcja narządów wzroku	
3. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
4. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
5. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia znacznie ograniczająca możliwość poruszania się poza mieszkaniem	

**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. młodzież 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

## VIII. Zadeklarowana kwota posiadanych środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie zadania określonego w pkt. II

.....  
.....  
.....  
(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 §1zeznaje 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](mailto: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](mailto: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/imiona imię ojca

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

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

mięscowość ..... 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 niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
- kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą (oryginał do wglądu),
- aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu,
- zaświadczenie lekarskie potwierdzające indywidualne potrzeby osoby niepełnosprawnej do zakupu wnioskowanego urządzenia w celu likwidacji barier technicznych.