

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu wniosku

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się

I. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

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

nr PESEL

nr kodu-.....pocztą 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

Uprzedzona/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

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,

* zapewnienia 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

miescowość 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 **od lekarza specjalisty** potwierdzające indywidualne potrzeby osoby niepełnosprawnej do zakupu danego sprzętu (skorelowane z konkretną niepełnosprawnością) w celu likwidacji barier w komunikowaniu się.