

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych

1. Dane wnioskodawcy lub opiekuna prawnego

Imię i nazwisko					Data urodzenia		
Adres zamieszkania: ulica, nr domu / mieszkania						Kod pocztowy Gdynia	
Telefon e-mail					PESEL		
Nr dowodu osobistego			Ważny do			Dowód wydany przez	
Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż ww.: ulica, nr domu / mieszkania						Kod pocztowy Miejscowość	

2. Dane dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej

Imię i nazwisko					Data urodzenia		
Adres zamieszkania: ulica, nr domu / mieszkania						Kod pocztowy Gdynia	
Nr dowodu osobistego					PESEL		
Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż ww.: ulica, nr domu / mieszkania						Kod pocztowy Miejscowość	

3. Informacje dotyczące dofinansowania

3.1 Cel i przedmiot dofinansowania (jake bariery techniczne wnioskodawca zamierza zlikwidować, opis rozwiązań jakie wnioskodawca chce zastosować, jaki sprzęt chce zakupić)

3.2 Uzasadnienie (jakie trudności powoduje niepełnosprawność i dysfunkcje które posiada wnioskodawca, jakie korzyści przyniesie zlikwidowanie barier technicznych)

3.3 Przewidywany całkowity koszt realizacji (kwota szacowana)	zł	3.4 Nakłady dotychczas poniesione	zł			
3.5 Wnioskowana kwota dofinansowania (max 95% kwoty z pkt. 3.3 przewidywanego kosztu realizacji)	zł	3.6 Dodatkowy deklarowany udział własny (ponad obowiązkowe 5%)	10%	20%	30%	więcej (ile?)

3.7 Źródła finansowania obowiązkowego udziału własnego

Środki własne		Fundacja		Inne jakie?	
---------------	--	----------	--	-------------	--

Oświadczam, że posiadam środki finansowe wystarczające na pokrycie kwoty obowiązkowego wkładu własnego wynikającego z różnicy pomiędzy kwotą przyznanego dofinansowania a całkowitym kosztem likwidacji bariery.

Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika

3.8 Przewidywany termin realizacji zadania (zakupu sprzętu/urządzenia, wykonania prac)	3.9 Czas oczekiwania na przyznanie dofinansowania (udokumentowane odmowy w ciągłości kolejnych lat)				
	1 rok	2 lata	3 lata	4 lata	więcej (ile?)

3.10 Uzyskane przez wnioskodawcę dofinansowania ze środków PFRON (proszę wymienić wszystkie otrzymane w ostatnich 5 latach dofinansowania z zakresu likwidacji barier: architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się)

Otrzymała/em dofinansowanie do ... (co było przedmiotem dofinansowania)	Rok przyznania dofinansowania	Nr umowy dofinansowania	Wysokość dofinansowania	Stan rozliczenia dofinansowania (rozliczono / nie rozliczono)

Oświadczam, że nigdy nie otrzymała/em dofinansowania ze środków PFRON w zakresie likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się.

Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika

4. Informacje dotyczące statusu osoby niepełnosprawnej (właściwe proszę zaznaczyć znakiem X)

4.1 Posiadane orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej													
Stopień znaczny / I grupa				Stopień umiarkowany / II grupa				Stopień lekki / III grupa					
4.2 Przyczyna i rodzaj niepełnosprawności													
Symbol przyczyny niepełnosprawności		01-U	02-P	03-L	04-O	05-R	06-E	07-S	08-T	09-M	11-I	10-N	12-C
Osoba leżąca (potwierdzone zaświadczeniem lekarskim)		Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku (potwierdzona zaświadczeniem lekarskim)											
Inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?)													
Dysfunkcja narządu wzroku		Dysfunkcja narządu słuchu i mowy				Deficyt rozwojowy (osoby, które mają trudności w poruszaniu się)							
Inna jednostka chorobowa (jaka?)													

4.3 Inne osoby niepełnosprawne pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą (bez wnioskodawcy)			
Lp	Stopień pokrewieństwa mąż, żona, syn, córka, itp.	Wiek	Stopień, przyczyna i rodzaj niepełnosprawności
1			
2			
3			
4			
5			

5. Informacja o dochodach

UWAGA ! Do dochodu nie wlicza się świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku i dodatku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych

* Średni miesięczny dochód pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych wraz ze składką na ubezpieczenie zdrowotne, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób oraz powiększony o kwotę otrzymywanych alimentów podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za rok podatkowy poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Lp	Osoby we wspólnym gospodarstwie domowym stopień pokrewieństwa mąż, żona, syn, córka, itp.	Wiek	Źródło dochodu (należy wymienić wszystkie źródła dochodu) wynagrodzenie, renta, emerytura, inne	Średni miesięczny dochód netto*
1	WNIOSKODAWCA			
RAZEM				

7. Obecnie realizowany poziom kształcenia (jeżeli dotyczy)

Szkoła podstawowa		Gimnazjum		Zasadnicza szkoła zawodowa		Liceum		Technikum		Szkoła policealna	
Studia (I i II stopnia)		Studia podyplomowe		Studia doktoranckie		Inny (jaki?)					
Nazwa i adres szkoły, w której wnioskodawca pobiera obecnie naukę											

8. Działania związane z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych (jeżeli dotyczy)

kursy zawodowe, szkolenia (nazwa, data rozpoczęcia)		nauka języków obcych (data rozpoczęcia)	
Inne działania (jakie?)			

9. Oświadczenia. Oświadczam, że:

▪ liczba członków rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym (razem z wnioskodawcą) wynosi	
▪ średni miesięczny dochód netto rodziny wynosi (bez świadczeń rodzinnych i świadczeń z pomocy społecznej)	
▪ średni miesięczny dochód netto na osobę w rodzinie wynosi	
<p>Pouczenie: Zgodnie art. 233 § 1 kodeksu karnego, 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 do lat 3.</p> <p>Pouczona/y o odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie była/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.</p> <p>Podstawa prawna: Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.). Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926 z późn. zm.).</p>	
Gdynia, dnia	Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika

10. Forma przekazania dofinansowania (proszę o wybranie tylko jednej z opcji)

Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania <u>na wskazany przeze mnie</u> rachunek bankowy												
Nazwa banku	Dane właściciela rachunku Imię, nazwisko, adres											
Nr konta												
lub												
Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania <u>na konto firmy</u> , w której dokonam zakupu sprzętu/urządzenia												
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub pełnomocnika												

UWAGA! Przed zawarciem umowy dofinansowania proszę nie dokonywać zakupów związanych z niniejszym wnioskiem, ponieważ nie będzie można ich dofinansować.

Załączniki do wniosku

UWAGA! gdy wymagane jest złożenie kserokopii dokumentów niezbędne jest przedstawienie oryginałów do wglądu.

1. **Dowód osobisty wnioskodawcy/pełnomocnika** - do wglądu w dniu składania wniosku.
2. **Kserokopia orzeczenia** (wnioskodawcy oraz osób wspólnie zamieszkujących) o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia do celów rentowych.
3. **Zaświadczenie lekarskie** (nie starsze niż 3 mc) zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności - jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu oraz jeśli dotyczy - w celu potwierdzenia pkt. 4.2 wniosku.
4. **Dokumenty potwierdzające uzyskane dochody we wspólnym gospodarstwie domowym:** decyzja o waloryzacji renty/ emerytury, zaświadczenie z zakładu pracy o dochodach netto za rok podatkowy poprzedzający dzień złożenia wniosku lub inne dokumenty potwierdzające źródło i wysokość dochodu - oryginały do wglądu.
5. **Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego** - w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika.
6. **Kserokopia zaświadczenia lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego** - w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej.
7. **Zaświadczenie lub kserokopia dokumentów potwierdzających obecnie realizowany poziom kształcenia** - jeżeli dotyczy.
8. **Zaświadczenie lub kserokopia dokumentów potwierdzających podnoszenie kwalifikacji zawodowych** - jeżeli dotyczy.
9. Inne załączniki niezbędne do weryfikacji danych, których nie można uzyskać na podstawie złożonego wniosku.

12. Wypełnia pracownik MOPS w Gdyni

Data wpływu wniosku		Pieczętka i podpis pracownika	
ADNOTACJE URZĘDOWE			

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 95/4/WE (RODO) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.) informuje, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni, ul. Grabowo 2, 81-265 Gdynia.
 2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy pod numerem tel. 58 782-01-20, od poniedziałku do piątku, w godz. 7.30 - 15.30.
 3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji dofinansowania **likwidacji barier technicznych** ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO oraz w związku z art. 35 a ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (*Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.*).
 4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa tj. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II 13, a także inne organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa oraz inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Gdyni przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni.
 5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych i sporządzonej na ich podstawie Instrukcji Kancelaryjnej obowiązującej w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Gdyni, a po jego zakończeniu zostaną niezwłocznie usunięte.
 6. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
 - 1) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
 - 2) prawo do żądania sprostowania (poprawienia) danych osobowych w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
 - 3) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. Prawo do bycia zapomnianym) w przypadku, gdy:
 - dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
 - wniosła Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,
 - cofnęła Pani / cofnął Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych w przypadku, gdy była to jedyna przesłanka przetwarzania danych,
 - dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
 - 4) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku, gdy:
 - kwestionuje Pani/Pan prawidłowość danych osobowych,
 - przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem,
 - Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, potrzebuje ich Pan/i do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń swoich roszczeń,
 - wniosła Pani/ wniósł Pan sprzeciw wobec przetwarzania danych - do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;
 - 5) prawo do przenoszenia danych w przypadku, gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
 - przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy lub na podstawie zgody,
 - przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany;
 - 6) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadku, gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
 - zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora
 - przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych.
- Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych osobowych - ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, iż Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawa.
 8. Podanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości realizacji dofinansowania ze środków PFRON.
 9. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu ani nie będą przekazywane do państw trzecich w rozumieniu RODO.

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika