

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				

6. 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											

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

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

8. 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/o 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

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

Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania na wskazany przeze mnie rachunek bankowy											
Nazwa banku		Dane właściciela rachunku Imię, nazwisko, adres									
Nr konta											
lub											
Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania na konto firmy , w której dokonam zakupu sprzętu/urządzenia/oprogramowania											
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. **Zaświadczenie od specjalisty pracującego z dzieckiem** (psycholog, pedagog, logopeda) – jeżeli dotyczy.
6. **Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego** - w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika.
7. **Kserokopia zaświadczenia lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego** - w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej.
8. **Zaświadczenie lub kserokopia dokumentów potwierdzających obecnie realizowany poziom kształcenia** - jeżeli dotyczy.
9. **Zaświadczenie lub kserokopia dokumentów potwierdzających podnoszenie kwalifikacji zawodowych** - jeżeli dotyczy.
10. Inne załączniki niezbędne do weryfikacji danych, których nie można uzyskać na podstawie złożonego wniosku.

10. Wypełnia pracownik MOPS w Gdyni

Data wpływu wniosku		Pieczęć 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 jest 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 w komunikowaniu się** 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