

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

Część A- Dane wnioskodawcy

Składam wniosek:

- we własnym imieniu jako rodzic jako opiekun prawny
 jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)
 na mocy pełnomocnictwa notarialnego

Dane personalne wnioskodawcy

Imię_____/_____/_____ Drugie imię_____/_____/_____

Nazwisko_____/_____/_____ PESEL_____/_____/_____

Data urodzenia_____/_____/_____ Płeć: kobieta mężczyzna

Adres zamieszkania

Miejscowość_____/_____/_____ Ulica_____/_____/_____ Nr domu_____/_____/_____ Nr lokalu_____/_____/_____

Kod pocztowy_____/_____/_____ Poczta_____/_____/_____ Rodzaj miejscowości miasto wieś

Nr telefonu_____/_____/_____ Adres e-mail_____/_____/_____

Adres korespondencyjny Taki sam jak adres zamieszkania

Miejscowość_____/_____/_____ Ulica_____/_____/_____ Nr domu_____/_____/_____ Nr lokalu_____/_____/_____

Kod pocztowy_____/_____/_____ Poczta_____/_____/_____ Rodzaj miejscowości miasto wieś

Dane podopiecznego/mocodawcy

Imię_____/_____/_____ Drugie imię_____/_____/_____

Nazwisko_____/_____/_____ PESEL_____/_____/_____

Data urodzenia_____/_____/_____ Płeć: kobieta mężczyzna

Adres zamieszkania i dane kontaktowe podopiecznego

Miejscowość_____/_____/_____ Ulica_____/_____/_____ Nr domu_____/_____/_____ Nr lokalu_____/_____/_____

Kod pocztowy_____/_____/_____ Poczta_____/_____/_____ Rodzaj miejscowości miasto wieś

Nr telefonu_____/_____/_____ Adres e-mail_____/_____/_____

Stopień niepełnosprawności

Numer orzeczenia _____

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności tak nieStopień niepełnosprawności Znaczny Umiarkowany Lekki Nie dotyczyOrzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest bezterminowo okresowo do dnia: _____Grupa inwalidzka pierwsza grupa druga grupa trzecia grupa nie dotyczy**Niezdolność**

- Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji
- Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
- Osoby całkowicie niezdolne do pracy
- Osoby częściowo niezdolne do pracy
- Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym
- Nie dotyczy

Rodzaj niepełnosprawności

- 01- U** upośledzenie umysłowe
- 02- P** choroby psychiczne
- 03- L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu osoba głucha osoba głuchoniema
- 04- O** narząd wzroku osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma
- 05- R** narząd ruchu wnioskodawca/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
 dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06- E** epilepsja
- 07- S** choroby układu oddechowego i krążenia
- 08- T** choroby układu pokarmowego
- 09- M** choroby układu moczowo-płciowego
- 10- N** choroby neurologiczne
- 11- I** inne
- 12- C** całościowe zaburzenia rozwojowe

Niepełnosprawność jest sprzężona. U osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dotyczącym niepełnosprawności tak nie

Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy) 2 przyczyny 3 przyczyny

Średni dochód

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 kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy _____ złotych

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi _____

Korzystanie ze środków PFRON

UWAGA! Proszę nie wykazywać dofinansowań otrzymanych na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Ze środków finansowych PFRON nie korzystałem korzystałem

Cele wykorzystania otrzymanych środków PFRON

Cel dofinansowania _____ Nr umowy _____ Data zawarcia umowy _____

Kwota dofinansowania _____ Stan rozliczenia _____

Cel dofinansowania _____ Nr umowy _____ Data zawarcia umowy _____

Kwota dofinansowania _____ Stan rozliczenia _____

Cel dofinansowania _____ Nr umowy _____ Data zawarcia umowy _____

Kwota dofinansowania _____ Stan rozliczenia _____

Część B- przedmiot wniosku

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania _____

Przewidywany koszt realizacji zadania (100%) _____

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON- maksymalnie 95% _____

Co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania _____

Deklarowane środki własne _____ Inne źródła finansowania _____

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier _____

Miejsce realizacji zadania _____

Termin rozpoczęcia _____ Przewidywany czas realizacji _____

Opis poniesionych nakładów

Informacja o 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 _____

Forma przekazania środków finansowych Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

Właściciel konta (imię i nazwisko) _____

Nazwa banku _____

Nr rachunku bankowego _____

 Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi**Część C- informacje uzupełniające****Sytuacja zawodowa** Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca Bezrobotny poszukujący pracy Rencista poszukujący pracy Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy Dzieci i młodzież do lat 18 Inne/jakie? _____**Oświadczenie** Uprowadzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.

Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, 1517.)- za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

UWAGA! Przed zawarciem umowy dofinansowania z MOPS nie należy dokonywać zakupu, ponieważ w takiej sytuacji dofinansowanie nie będzie możliwe

Miejscowość _____ Data _____ Podpis Wnioskodawcy _____

przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że: Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, 81- 265 Gdynia, ul. Grabowo 2, tel./fax: 782-01-20, 782-01-21, 782-01-24, adres e-mail: sekretariat@mopsgdynia.pl reprezentowany przez Dyrektora. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym inspektorem ochrony danych na adres e-mail: iod@mopsgdynia.pl. Podane przez Panią/Pana dane osobowe przetwarzane są przez Administratora w celu rozpoznania złożonego wniosku oraz przyznania dofinansowania i jego rozliczenia przez PFRON. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest: **art. 6 ust. 1 lit. b RODO** tj. przetwarzanie jest niezbędne do przetwarzania danych osobowych, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy. **art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO** oraz w związku z art. 35a ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. W związku z przetwarzaniem danych odbiorcami danych osobowych mogą być: inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z MOPS przetwarzają dane osobowe, dla których administratorem jest MOPS, podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa, PFRON, który przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji dofinansowań uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych, zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów, likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych przez MOPS w Gdyni oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacji. Zgromadzone dane osobowe przechowywane są 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 sporządzanej na ich podstawie Instrukcji kancelaryjnej obowiązującej u Administratora, a po jego zakończeniu zostaną niezwłocznie usunięte. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00- 193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl). Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu ani nie będą przekazywane do państw trzecich w rozumieniu RODO. Podanie Pani/Pana danych osobowych, jest dobrowolne, jednak ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości realizacji dofinansowania ze środków PFRON.

Czytelny podpis Wnioskodawcy lub pełnomocnika _____

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych dla osób, które z powodu niepełnosprawności napotykać na bariery utrudniające funkcjonowanie przy wykonywaniu czynności w życiu codziennym wynikające z niedostosowania przedmiotów i urządzeń, między innymi: do: podnośnika jeźdnego, wannowego sufitowego, siedziska wannowego, nakładki na wc, uchwytów ściennych, itp.

Imię i nazwisko pacjenta _____ PESEL _____

Adres zamieszkania _____

Stan pacjenta

- Pacjent leżący, bez możliwości samodzielnego poruszania się
- Pacjent porusza się wyłącznie na wózku inwalidzkim
- Pacjent po amputacji kończyn
- Pacjent nie porusza się na stałe przy pomocy wózka inwalidzkiego
- Pacjent porusza się z użyciem sprzętu ortopedycznego lub innego sprzętu ułatwiającego poruszanie się
- Pacjent z porażeniem czterokończynowym
- Pacjent z innymi schorzeniami utrudniającymi wykonywanie czynności życia codziennego (jakimi?)

Zalecane rozwiązania z uzasadnieniem potrzeby likwidacji barier technicznych ułatwiających wykonywanie czynności życia codziennego _____

Data, pieczętka i podpis lekarza _____