

Data wpływu wniosku:	WNIOSEK o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej	Nr sprawy: BZiRON.....
----------------------	--	---------------------------

I.1. DANE WNIOSKODAWCY: (osoby niepełnosprawnej: dorosłej lub dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej)	I.2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (rodzica)/ OPIEKUNA PRAWNEGO/ PEŁNOMOCNIKA: (WYPEŁNIĆ, GDY WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ, UBEZWŁASNOWOLNIOSNEJ, itp.)																																						
<p>.....</p> Imię i nazwisko <p>.....</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> PESEL <p>Seria Nr Ważny do:.....</p> Dowód osobisty <p>Wydany przez</p> Dowód osobisty <p>.....</p> Adres zamieszkania, 18-400 Łomża <p>.....</p> Telefon																				<p>.....</p> Imię i nazwisko <p>.....</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> PESEL <p>Seria Nr Ważny do:.....</p> Dowód osobisty <p>Wydany przez</p> Dowód osobisty <p>.....</p> Adres zamieszkania, 18-400 Łomża <p>.....</p> Telefon <p>- Opiekun prawny**/ pełnomocnik**/ przedstawiciel** (**właściwe zaznaczyć) ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia syg. akt.</p> <p>- Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia Repet. Nr.....</p>																			

II. Stopień niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> wydany na stałe <input type="checkbox"/> wydany na czas określony do	ZAZNACZYĆ X
1. znaczny /inwalidzi I grupy/ /osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji/	
2. umiarkowany inwalidzi II grupy/ /osoby całkowicie niezdolne do pracy/	
3. lekki / inwalidzi III grupy/ /osoby częściowo niezdolne do pracy/	
4. osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998 r.	
5. osoby w wieku do 16 lat z orzeczeniem o niepełnosprawności	

III. Rodzaj niepełnosprawności	ZAZNACZYĆ X
1. dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządów ruchu	
3. dysfunkcja narządów wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

IV. Sytuacja zawodowa (* niepotrzebne skreślić)	ZAZNACZYĆ X
1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy* /rencista poszukujący pracy*	
4. rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

V. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą		
nazwisko i imię /pokrewieństwo/	stopień i rodzaj niepełnosprawności	Sytuacja zawodowa
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

VI. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w którym roku.....	ZAZNACZYĆ X
1. na likwidację barier technicznych,	
2. na likwidację barier architektonicznych	
3. na likwidację barier w komunikowaniu się:	
a) korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się	
b) korzystał na inne cele ustawowe i jest w trakcie rozliczenia	
c) korzystał i nie rozliczył się	

VII. Deklarowany udział własny wnioskodawcy i/lub sponsora	
1. deklarowany przez wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania - ponad obowiązkowe 5 %	%
2. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%

VIII. Miejsce realizacji zadania
.....

IX. Cel likwidacji barier w komunikowaniu się – uzasadnienie wniosku
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

X. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

XI. Przewidywany koszt likwidacji barier

Złoty (liczbą): (słownie:)

XII. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON

Złoty (liczbą): (słownie:)

XIII. Przewidywany termin realizacji zadania /rozpoczęcie-zakończenie/

.....

XIV. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania

.....

XV. Informacja o innych źródłach finansowania zadania

.....

XVI. Numer konta bankowego wnioskodawcy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BANK

XVII. Oświadczenie o dochodach

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi osoba/osób
Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto na osobę w rodzinie obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi: zł

Uwaga:

przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych to **dochód** pomniejszony o:

- podatek dochodowy od osób fizycznych,
- składkę ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego,
- składkę ubezpieczenia zdrowotnego,
- kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób,

podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów związanych z udzieleniem dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków PFRON

Uprzedzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

XVIII. Podpis

.....
(Data, podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

Uwaga:

1. Dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku były stroną umowy zawartej z PFRON i która została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie tej osoby;
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.
3. Wysokość dofinansowania wynosi do 95% kosztów likwidacji barier.

Załączniki do wniosku:

Do I etapu

- kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- zaświadczenie lekarskie o rodzaju niepełnosprawności oraz z jednoznacznym wyjaśnieniem w jaki sposób realizacja wniosku wpłynie na poprawę funkcjonowania osoby niepełnosprawnej,
- klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych,
- orzeczenia o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą,
- udokumentowana podstawa prawna stałego zamieszkania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier (własność, umowa najmu, akt notarialny),
- kserokopia dowodu osobistego
- zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy
- min. 2 oferty cenowe w przypadku zakupu urządzeń lub sprzętu
- zaświadczenie ze szkoły o kontynuacji nauki, psycholog, pedagog – w szczególnych przypadkach
- inne.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Zaświadczenie wydane dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się

Imię i nazwisko.....

PESEL

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Choroby współistniejące.....

.....

.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający likwidację w komunikowaniu się w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(Data)

.....
(Pieczęćka imienna i podpis lekarza specjalisty)

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ul. Dworna 23B, 18-400 Łomża, jako administrator Państwa danych osobowych na podst. art. 13 rozporządzenia nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27.04.2016 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 (zwanego dalej RODO) informuje, że:

Przetwarzanie Państwa danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łomży, odbywać się będzie:

1) gdy, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO),

2) w przypadku udzielenia przez osobę, której dane dotyczą, zgody na przetwarzanie danych osobowych (na podstawie art.6 ust. 1 lit. a RODO),

3) w przypadku niezbędności do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy (na podstawie art.6 ust. 1 lit. b RODO),

4) w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (na podstawie art.6 ust. 1 lit e RODO),

5) w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej (na podstawie art.6 ust. 1 lit. d RODO).

6) W zakresie przetwarzania Państwa danych osobowych mają Państwo prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

7) Mają Państwo prawo do żądania od Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łomży:

- dostępu do swoich danych osobowych (na zasadach określonych w art. 15 RODO);
- sprostowania Państwa danych osobowych (na zasadach określonych w art. 16 RODO);
- usunięcia Państwa danych osobowych (na zasadach określonych w art. 17 RODO).

8) Jeżeli przetwarzanie Państwa danych osobowych następuje na podstawie Państwa zgody, mają Państwa prawo do cofnięcia w dowolnym momencie tej zgody. Cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego Ośrodek dokonywał na podstawie złożonej przez Państwa zgody, do momentu jej wycofania.

9) Konsekwencją niepodania przez Państwa danych osobowych będzie brak możliwości świadczenia przez Ośrodek usługi, o którą się Państwo staracie.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: Inspektor Ochrony Danych - Wiesław Wieczorek tel. 86 216 4260 wew. 25, ul. Dworna 23B, 18-400 Łomża lub wwieczorek@mopslomza.pl

Niniejsza informacja ma charakter ogólny. Szczegółowa informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych oraz przysługujących Państwu w związku z tym praw, stanowiąca realizację obowiązku informacyjnego administratora, o którym mowa w art. 13 RODO, zostanie Państwu przekazana każdorazowo w związku z załatwieniem konkretnej sprawy.

.....
(data i podpis klienta)