



Miejski Ośrodek Pomocy
Społecznej w Zielonej Górze
Dział Rehabilitacji Zawodowej
i Społecznej
ul. Długa 13, tel. (68) 411-51-15
tel. (68) 411-51-89

WNIOSEK

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

CZĘŚĆ A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek na mocy:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa
Postanowienia Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego/ niepoświadczonego notarialnie z dnia:	

Do wniosku należy dołączyć skan pełnomocnictwa lub zaświadczenia o ustanowieniu opiekuna prawnego

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat/Gmina:	
Kod pocztowy i miejscowość:	
Ulica, nr domu/ nr lokalu:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat/Gmina:	
Kod pocztowy i miejscowość:	
Ulica, nr domu/nr lokalu:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY (o ile dotyczy)

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy) Taki sam jak adres zamieszkania Wnioskodawcy

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat/Gmina:	
Kod pocztowy i miejscowość:	
Ulica, nr domu/ nr lokalu:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres e-mail:	

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Ważność orzeczenia:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – dysfunkcja narządu wzroku <input type="checkbox"/> 05-R – dysfunkcja narządu ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca/podopieczny porusza się na wózku inwalidzkim <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E - epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo - płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 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 dot. niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
--	--

Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeżeli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny
---	--

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/w komunikowaniu się/technicznych ze środków finansowych PFRON:

nie korzystałem/-am korzystałem/-am

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Numer umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**PRZEDMIOT WNIOSKU**

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
Co stanowi % kwoty brutto przewidzianych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania i uzasadnienie:	

OŚWIADCZENIA

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, wynosił: zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

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.

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny – 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 wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO – Rozporządzenie 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 95/46/WE, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,

- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
 6) na podstawie art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora
- Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
 Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.
Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych
 Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

UWAGA

W ramach zadania nie ma możliwości uzyskania refundacji!

Oznacza to, że nie można najpierw zakupić sprzętów/urządzeń do likwidacji barier technicznych, a potem ubiegać się o zwrot poniesionych kosztów.

Wszelkie wydatki i prace związane z likwidacją barier można realizować dopiero po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON i po zawarciu umowy z MOPS.

Co należy dołączyć do wniosku?

1. kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności Wnioskodawcy i/lub osób z niepełnosprawnością mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (oryginał do wglądu)
2. aktualne zaświadczenie lekarskie, wystawione przez lekarza specjalistę właściwego ze względu na rodzaj dysfunkcji Wnioskodawcy, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim,
3. ofertę cenową, fakturę pro forma na wnioskowany do dofinansowania sprzęt/usługę,
4. w przypadku, gdy w imieniu osoby niepełnosprawnej występuje inna osoba – kserokopię postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kserokopię pełnomocnictwa notarialnego,
5. w przypadku, gdy wniosek dotyczy dziecka – kserokopię aktu urodzenia dziecka/odpisu skróconego aktu urodzenia,
6. jeżeli wnioskowane do dofinansowania przedsięwzięcia wymagają przeprowadzenia modyfikacji pomieszczeń w lokalu zamieszkiwanym przez Wnioskodawcę – należy przedstawić dokument potwierdzający kto jest właścicielem lokalu (np. akt notarialny, wypis z księgi wieczystej), a jeżeli jest to osoba inna niż wnioskodawca – także pisemną zgodę na przeprowadzenie wnioskowanych do dofinansowania prac,
7. udokumentowaną informację o innych źródłach finansowania zadania, w przypadku częściowego finansowania zadania z innych źródeł

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zielonej Górze
(prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim)

- 1) Imię i nazwisko pacjenta
- 2) Adres zamieszkania
- 3) PESEL
- 4) Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w poruszaniu się (właściwe zakreślić):

TAK

NIE

- 5) Pacjent porusza się przy pomocy (właściwe zakreślić):

wózka inwalidzkiego

balkonika

kul łokciowych

laski

innego sprzętu (wymienić jakiego)

jest osobą leżącą

nie dotyczy

- 6) Czy przy rodzaju dysfunkcji pacjenta zakup wnioskowanego do dofinansowania sprzętu można uznać za zasadny (czy zlikwiduje on lub ograniczy problemy pacjenta w poruszaniu się?) – prosimy uzasadnić

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie