

Data wpływu:

Nr sprawy: MOPS-DPN.4248.....

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika

ROLA WNIOSKODAWCY

Wnioskodawca składa wniosek:	☐ we własnym imieniu ☐ jako rodzic ☐ jako opiekun prawny ☐ jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie
-------------------------------------	--

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko:	
PESEL:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość, kod pocztowy:	
Ulica, nr domu / nr lokalu:	
Nr telefonu, adres email:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

♦ Inny: (podać jaki)

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY – wypełnić jeżeli dotyczy

Imię, drugie imię i nazwisko:	
PESEL:	

ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY – wypełnić jeżeli dotyczy

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

♦ Inny: (podać jaki)

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Wypełnić zgodnie z załączonym do wniosku dokumentem stwierdzającym niepełnosprawność

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ Tak ☐ Nie dotyczy
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III 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 lub dziecko/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

ŚREDNI DOCHÓD

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, wyniósł: , zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie **zawartych umów**. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Ze środków finansowych PFRON:

- ☐ nie korzystałem
- ☐ korzystałem (uzupełnić poniższą tabelę)

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

I. CEL DOFINANSOWANIA

Rodzaj dofinansowania:	☐ Usługa tłumacza języka migowego	☐ Usługa tłumacza przewodnika
Cel dofinansowania:		

II. KOSZTY REALIZACJI

Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Liczba godzin:	
Cena za godzinę:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	

Wysokość dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika nie może być wyższa niż 2% przeciętnego wynagrodzenia za godzinę jej świadczenia (informacja dostępna na stronach GUS).

III. MIEJSCE I CZAS REALIZACJI ZADANIA

Miejsce realizacji:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

IV. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- ☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Właściciel konta:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

- ☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

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

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 zażaleń 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. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 §1, §1a i §2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeksu Karnego oświadczam, że podane we wniosku oraz w załącznikach informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

„§1.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 od 6 miesięcy do lat 8.

§1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w §1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.”

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu zgodnie z art. 6 ust 1a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) w celu realizacji niniejszego wniosku, udzielenia wsparcia, kontroli, sprawozdawczości oraz na występowanie do innych podmiotów w ramach postępowania zainicjowanego niniejszym wnioskiem, w celu uzyskania moich danych osobowych niezbędnych do przeprowadzenia postępowania.

KLAUZULA INFORMACYJNA MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W KALISZU

W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu (dalej: MOPS w Kaliszu).

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu** z siedzibą przy ul. Graniczna 1, 62-800 Kalisz, (nr tel.: +48 (62) 757 45 10), adres e-mail: sekretariat@mops-kalisz.pl

2. W MOPS w Kaliszu wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu +48 (62) 757 45 10 lub +48 506 162 147 lub adresem e-mail: sekretariat@mops-kalisz.pl

3. MOPS w Kaliszu może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu:

- umożliwienia interesariuszom realizacji uprawnień i obowiązków wynikających z uczestnictwa w projektach/programach finansowanych ze środków europejskich, krajowych itp. mających na celu wspieranie rzeczowe, szkoleniowe, usługowe, finansowe i inne beneficjentów,
- zapewnienie możliwości realizacji zadań wynikających z zapisów statutu Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu,
- zapewnienia bezpieczeństwa osób, mienia i informacji w MOPS w Kaliszu poprzez monitoring z zachowaniem prywatności i godności osób,
- dostarczania do organizacji nowych zasobów materialnych, usług i praw,
- obsługi procesów rekrutacji i zatrudnienia.

4. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt 3, Pani/Pana **dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych**. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

5. **Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane** na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji.

6. **W związku z przetwarzaniem przez MOPS w Kaliszu, Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:**

- dostępu do treści danych, na podstawie art. 15;
- sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
- ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;

7. **W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez MOPS w Kaliszu Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.**

Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu (Administrator Danych Osobowych w MOPS Kalisz).

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

1. Kopia dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność.
2. Zaświadczenie od lekarza potwierdzające rodzaj schorzenia lub dysfunkcji oraz indywidualne potrzeby osoby niepełnosprawnej (ze wskazaniem, że wnioskodawca wymaga pomocy tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika) w przypadku, gdy rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu – **zgodnie z załącznikiem nr 1 do wniosku.**
3. Oświadczenie do wniosku - zgodnie z załącznikiem nr 2 do wniosku.
4. W przypadku składania wniosku przez opiekuna prawnego/pełnomocnika – kopia dokumentu stwierdzającego opiekę prawną nad osobą niepełnosprawną/ kopia pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza.
5. W przypadku składania wniosków przez rodzica posiadającego inne nazwisko niż dziecko - kopia dokumentu stwierdzającego pokrewieństwo.

.....
Miejscowość, data

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu

Imię i nazwisko:	
Adres zamieszkania:	
PESEL:	
Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:	☐ słuchu ☐ mowy ☐ inne (jakie):
Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika:	☐ nie ☐ tak – uzasadnienie:

.....
Podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie

Oświadczenie

do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu

Ja, niżej podpisany/a, nr pesel:
oświadczam, że:

- ☐ **nie posiadam adresu do e-Doręczeń** i proszę o kierowanie wszelkiej korespondencji związanej z procedowaniem oraz rozpatrywaniem niniejszego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w tradycyjnej formie papierowej, tj. za pośrednictwem Poczty Polskiej S.A. na adres do korespondencji wskazany przeze mnie w niniejszym wniosku;
- ☐ **posiadam adres do e-Doręczeń** AE:PL- _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ , i proszę o kierowanie wszelkiej korespondencji związanej z procedowaniem oraz rozpatrywaniem niniejszego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON na wskazany przeze mnie w niniejszym oświadczeniu adres;
- ☐ **posiadam adres do e-Doręczeń**, jednak proszę o kierowanie wszelkiej korespondencji związanej z procedowaniem oraz rozpatrywaniem niniejszego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w tradycyjnej formie papierowej, tj. za pośrednictwem Poczty Polskiej S.A. na adres do korespondencji wskazany przeze mnie w niniejszym wniosku.

.....
Podpis wnioskodawcy