



Data wpływu:

Nr sprawy: MOPS-DPN.4245.....

WNIOSEK

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

Wnioskodawca składa wniosek:

- ☐ we własnym imieniu
☐ jako rodzic
☐ jako opiekun prawny/ kurator/ pełnomocnik

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

**Imię (drugie imię) i
nazwisko:**

PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA WNIOSKODAWCY

Ulica, nr domu / nr lokalu:

**Kod pocztowy,
miejscowość:**

Nr telefonu, adres e-mail:

Rodzaj miejscowości:

- ☐ miasto ☐ wieś

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania Wnioskodawcy

☐ Inny:

*** DANE DZIECKA/ PODOPIECZNEGO/ MOCODAWCY**

**Imię (drugie imię) i
nazwisko:**

PESEL:

*** ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA/ PODOPIECZNEGO/ MOCODAWCY**

☐ Taki sam jak adres zamieszkania Wnioskodawcy

☐ Inny:

** wypełnić, jeżeli dotyczy*

ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Stopień niepełnosprawności:	☐ Osoba w wieku do 16 lat – orzeczenie o niepełnosprawności ☐ Znaczny lub orzeczenie równoważne ☐ Umiarkowany lub orzeczenie równoważne ☐ Lekki lub orzeczenie równoważne
Opis trudności w poruszaniu się osoby z niepełnosprawnością:	

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, wynosił:	 , zł
Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe: Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: w tym liczba osób niepełnosprawnych:	☐ indywidualne ☐ wspólne

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych 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

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku, dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	

Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania:	

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Nazwa pola	Wartość
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania (adres zamieszkania):	
Termin rozpoczęcia (data):	
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:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Budynek:	☐ dom jednorodzinny, ☐ wielorodzinny prywatny, ☐ wielorodzinny komunalny, ☐ wielorodzinny spółdzielczy

Ilość pięter:	☐ budynek parterowy, ☐ piętrowy, ☐ mieszkanie na piętrze (którym?):
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	
Liczba pokoi:	 ☐ + kuchnia, ☐ + łazienka, ☐ + wc
Łazienka jest wyposażona w:	☐ wannę, ☐ brodzik, ☐ kabinę prysznicową, ☐ umywalkę
W mieszkaniu jest:	☐ instalacja wody zimnej, ☐ ciepłej, ☐ kanalizacja, ☐ centralne ogrzewanie, ☐ prąd, ☐ gaz
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:	

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 powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

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.

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.

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 i § 1a 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 2016r. 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 1/2 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)7574510), 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 +48 506 162 141 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 wymaganych przepisami powszechnie obowiązującego prawa,

* 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 RODO;

* 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

Lista

1. Kopia dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o stanie zdrowia, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1.
3. Kserokopie tytułu prawnego lokalu lub budynku mieszkalnego (akt własności, umowa najmu, przydział lokalu spółdzielczego itp.) oraz zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego w którym wnioskodawca jest zameldowany na stałe na wykonanie prac w celu likwidacji barier architektonicznych.
4. W przypadku gdy wnioskodawca porusza się na wózku inwalidzkim należy dołączyć dowód dokumentujący fakt zakupu wózka inwalidzkiego (np. kserokopie faktury lub kopie rachunku uproszczonego, kopie zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze lub inny dokument potwierdzający nabycie wózka).
5. W przypadku składania wniosku przez opiekuna prawnego/ pełnomocnika – kopia dokumentu stwierdzającego opiekę prawną nad osobą niepełnosprawną/ kopia pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza (jeśli dotyczy).
6. Postanowienie sądu o ubezwłasnowolnieniu i wyznaczeniu opiekuna prawnego (jeśli dotyczy).
7. W przypadku składania wniosków przez rodzica posiadającego inne nazwisko niż dziecko - kopia dokumentu stwierdzającego pokrewieństwo.
8. Oświadczenie do wniosku - zgodnie z załącznikiem nr 2 do wniosku.

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu
w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków **PFRON**
LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH¹
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta	
Adres zamieszkania	
PESEL	

1) Czy u pacjenta występują trudności w poruszaniu się? (należy zakreślić właściwe pole)

☐ TAK

☐ NIE

2) Pacjent wymaga likwidacji barier architektonicznych (należy zakreślić właściwe pole)

☐ TAK

☐ NIE

3) Rodzaj niepełnosprawności lub dysfunkcji

☐	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
☐	dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy kuli, balkonika itp.
☐	inne schorzenia mające wpływ na trudności w poruszaniu się, jakie?

4) Trwałe naruszenie sprawności organizmu (należy zakreślić właściwe pole)

☐ TAK

☐ NIE

5) Opis trudności w poruszaniu się

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

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

¹ O dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się. Przez bariery architektoniczne należy rozumieć wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub zmniejszają możliwość wykonywania podstawowych, codziennych czynności życiowych.

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