

Pieczęć jednostki rozpatrującej wnioski

Wniosek
osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier technicznych

1.	Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek
2.	Adres zamieszkania(telefon) osoby niepełnosprawnej PESEL
3.	Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika (wypełnić, jeżeli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej) Imię i nazwisko :
4.	Adres zamieszkania(telefon) przedstawiciela ustawowego PESEL
5.	Sytuacja osoby niepełnosprawnej: a. Zatrudniony */prowadzący działalność gospodarczą * <input type="checkbox"/> b. młodzież od 18 do 24 lat ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca* <input type="checkbox"/> c. bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy* <input type="checkbox"/> d. rencista*/ emeryt * <input type="checkbox"/> - zainteresowany podjęciem pracy * <input type="checkbox"/> - działający społecznie* <input type="checkbox"/> e. dzieci i młodzież do 18 lat <input type="checkbox"/>
5.	Przedmiot dofinansowania
6.	Uzasadnienie likwidacji barier: opisać w jaki sposób zakup wnioskowanego sprzętu – umożliwi lub ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem)

7. Pouczony o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 Kodeksu Karnego w związku z art. 75 Kodeksu Postępowania Administracyjnego) niniejszym 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

8. **Nazwa i siedziba banku oraz numer rachunku bankowego**
.....
.....
.....

9. **Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania**
.....
.....
.....

10. **Przewidywany koszt realizacji zadania**
.....
.....
słownie złotych:
.....
.....

8. **Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**
.....
.....
słownie złotych:
.....
.....

9. **Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania**
Data rozpoczęcia realizacji zadania.....
Data zakończenia realizacji zadania.....

10. **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 dofinansowania**
.....
.....
.....

11. **Informacja o innych źródłach finansowania zadania (w załączeniu dokumenty potwierdzające poniższe)**
.....
.....
.....

12. **Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON** **Tak:** **Nie:**

Numer i data zawarcia umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Cel dofinansowania	Stan rozliczenia

.....
data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

Do wniosku należy dołączyć:

- 1) kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2020 z. poz. 426 ze zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r / do wglądu należy przedstawić oryginał orzeczenia/
- 2) oświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą,
- 3) oświadczenie Wnioskodawcy o nie posiadaniu zaległości wobec PFRON,
- 4) aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju posiadanej niepełnosprawności, mającej wpływ na realizację wnioskowanego zadania / załącznik Nr 1a i Nr 1b – uzupełnione przez lekarza w zależności od posiadanej choroby/.
- 5) fakturę “proforma” na wnioskowany sprzęt lub ofertę cenową na wnioskowane zadanie,
- 6) w przypadku rencistów/emerytów działających społecznie – zaświadczenie potwierdzające działalność społeczną,
- 7) Informację o przetwarzaniu danych osobowych.

**DOFINANSOWANIE NIE MOŻE OBEJMOWAĆ KOSZTÓW REALIZACJI ZADANIA
PONIESIONYCH PRZED PRYZNANIEM ŚRODKÓW FINANSOWYCH I ZAWARCIEM
UMOWY**

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie *

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej- Ośrodka Rehabilitacji Społecznej
w Płocku

prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim

1. Imię i nazwisko pacjenta
2. Data urodzenia
3. PESEL
4. Adres zamieszkania.....
5. Zakres dysfunkcji narządu wzroku pacjenta (opis) :
6. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne u sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
7. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:
 - a) pacjent jest niewidomy tak nie
 - b) niepełnosprawność narządu wzroku Pacjenta dotyczy:
 - jednego oka
 - obydwu oczu
 - b) Pacjent ma zwężenie pola widzenia:
 - w oku lewym do stopni
 - w oku prawym stopni
 - nie dotyczy
 - c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):
 - w oku lewym wynoszącą
 - w oku prawym wynoszącą
 - nie dotyczy
8. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w korzystaniu z typowego (posiadanego sprzętu) ?
 - * Tak (proszę wymienić jakie)
.....
.....
.....
.....

*Nie

9. Inne uwagi:

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

.....

data

.....

podpis i pieczęć lekarza
wystawiającego zaświadczenie

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie *

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej- Ośrodka Rehabilitacji Społecznej
w Płocku

prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim

1. Imię i nazwisko pacjenta

2. Data urodzenia

3. PESEL

4. Adres zamieszkania.....

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

6. Stosowane przez pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne (wózek inwalidzki, kule łokciowe, laska, balkonik, protezy itp.)

.....
.....

7. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że: (proszę zaznaczyć właściwe pole):

choroby narządu ruchu:

-) z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim

-) bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja obu kończyn górnych

tak

nie

w przypadku dysfunkcji obu kończyn górnych (proszę wymienić jakiego rodzaju jest ta dysfunkcja) :

.....
.....

inne schorzenia narządu ruchu (proszę wymienić jakie):

nie dotyczy

.....
.....

choroby neurologiczne (proszę wymienić jakie): nie dotyczy

.....
.....

inne schorzenia (proszę wymienić jakie):

.....
.....

6. Czy niepełnosprawność pacjenta powoduje trudności w korzystaniu z typowego (posiadanego sprzętu) ?

* Tak (proszę wymienić jakie)

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

*Nie

.....

data

.....

podpis i pieczęć lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Oświadczenie o dochodach

Ja niżej podpisany zamieszkały(a)

.....
kod pocztowy miejscowość ulica i numer domu

w związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

- likwidacji barier architektonicznych*,
- likwidacji barier w komunikowaniu się*,
- likwidacji barier technicznych*,
- zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny*,
- zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym*,

oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają osoby:

L.p	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Dochód miesięczny (netto)
Dane dotyczące wnioskodawcy				
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego				
RAZEM				

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.....

Pouczony o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 Kodeksu Karnego w związku z art.75 Kodeksu Postępowania Administracyjnego) oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.

.....
data

.....
podpis czytelny

*właściwe zaznaczyć

Oświadczenie o nie posiadaniu zaległości wobec PFRON

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)

.....
kod pocztowy miejscowość ulica i numer domu
w związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

- likwidacji barier architektonicznych*,
- likwidacji barier w komunikowaniu się*,
- likwidacji barier technicznych*,
- zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny*,
- zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym*,

oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że w ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem(łam) stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (art. 233 Kodeksu Karnego w związku z art. 75 Kodeksu Postępowania Administracyjnego) oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.

.....
data

.....
podpis czytelny

*właściwe zaznaczyć

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia 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 (zwanego dalej RODO), Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Płocku przedstawia następujące informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych:

1. DANE ADMINISTRATORA

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Płocku, ul. Zgliczyńskiego 4, 09-400 Płock tel. nr 24 364 02 10 email: sekretariat@mopsplock.eu.

2. INSPEKTOR OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych wyznaczonym u Administratora jest możliwy pod adresem email: iod@mopsplock.eu tel. 24 364 02 76.

3. PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA DANYCH

Dane osobowe Pana/Pani będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c – rozporządzenia cyt. na wstępie, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy określone w ustawie o pomocy społecznej. Odmowa udostępnienia danych osobowych uniemożliwia korzystanie ze świadczeń z pomocy społecznej.

4. CEL I SPOSÓB PRZETWARZANIA DANYCH

Przetwarzanie następuje w celu realizacji zadań ustawowych określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz osób niepełnosprawnych (tj. Dz.U. z 2020 r. poz. 426 ze zm.).

Wszelkie dane osobowe pozyskane przez Administratora przetwarzane są w postaci papierowej i/lub elektronicznej.

5. UDOŚTĘPNIANIE DANYCH

Dane osobowe pozyskane przez Administratora mogą być przekazywane pracownikom Administratora na podstawie upoważnień do przetwarzania danych oraz mogą być przekazywane podmiotom zewnętrznym zajmującym się bieżącą obsługą Administratora w zakresie świadczenia usług finansowych oraz doradztwa prawnego. Ponadto dane osobowe mogą być przekazywane organom władzy publicznej oraz podmiotom wykonującym zadania publiczne lub działającym na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów prawa.

6. OKRES PRZEZ KTÓRY ADMINISTRATOR PRZETWARZA DANE

Wszelkie dane osobowe pozyskane przez Administratora będą przetwarzane przez okres niezbędny dla realizacji prawnie uzasadnionych interesów Administratora, określony m.in. w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt.

7. PRZEKAZYWANIE DANYCH DO PAŃSTWA TRZECIEGO

Dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców w państwach trzecich,

8. UPRAWNIENIA OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZA

W związku z przetwarzaniem danych osobowych, osobie, której dane dotyczą przysługuje:

1. prawo do dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
2. prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
3. prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. „prawo do bycia zapomnianym”) – w przypadku, gdy:
 - dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,

- osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych,
 - osoba, której dane dotyczą, cofnęła zgodę, na której opiera się przetwarzanie i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania,
 - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - dane muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
4. prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych – w przypadku, gdy:
- osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
 - przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,
 - Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, ale osoba, której dane dotyczą, potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,
 - osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych – do czasu ustalenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie Administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;
5. prawo do przenoszenia danych osobowych;
6. prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, gdy:
- zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją a przetwarzanie danych oparte jest na podstawie niezbędności do celów wynikających z prawnie uzasadnionego interesu.

W przypadku przetwarzania danych na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, przysługuje prawo do cofnięcia zgody. Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Osobie, która uzna, że przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia RODO, przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

9. INFORMACJA O ZAUTOMATYZOWANYM SPOSOBIE PRZETWARZANIA DANYCH I PROFILOWANIU

Dane osobowe zbierane przez Administratora nie są wykorzystywane w procesach zautomatyzowanego podejmowania decyzji lub do profilowania.

.....
(podpis osoby informującej)

z w/w informacjami zapoznałem/am się

.....
(miejsce, data i czytelny podpis osoby zapoznającej się)