

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH:

(WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PRACOWNIK MOPS w TRAKCIE PRZYJĘCIA WNIOSKU)

L.P.	NAZWA ZAŁĄCZNIKA	ZAŁĄCZONO DO WNIOSKU			UZUPEŁNIONO	DATA UZUPEŁNIENIA
		TAK	NIE	NIE DOTYCZY		
1	Aktualny dokument stwierdzający niepełnosprawność (orzeczenie) wnioskodawcy – kopia, oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Aktualny dokument stwierdzający niepełnosprawność (orzeczenie) innych osób niepełnosprawnych prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z wnioskodawcą – kopie, oryginały do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Oświadczenie o dochodach (wg załącznika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (wg załącznika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Aktualne zaświadczenie lekarskie (wg załącznika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Oferty cenowe ze specyfikacją, dotyczące wnioskowanego urządzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym lub pełnomocnictwo – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny/ pełnomocnik/ kurator – kopia, oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Dodatkowe udokumentowane (np. w postaci opinii), informacje o konieczności posiadania wnioskowanego urządzenia, mogące mieć wpływ na pozytywne rozpatrzenie wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Załączniki niezbędne w przypadku gdy wnioskowane urządzenie montowane jest na stałe w miejscu zamieszkania wnioskodawcy (np. winda, platforma itp.):						
10	Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier technicznych (<i>własność, umowa najmu, wypis z księgi wieczystej itp.</i>) – kopia, oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Aktualna zgoda/y właściciela lokalu i budynku na likwidację barier (<i>zgodna z wnioskowanym zakresem</i>) – kopia, oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne:						
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

.....
data i podpis pracownika SON
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

OŚWIADCZENIE o WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód** (w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych*), obliczony za **kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**, dla każdej z osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym[†] wynosi:

		PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD
1.	WNISKODAWCA	
POZOSTALI CZŁONKOWIE WSPÓLNEGO GOSPODARSTWA DOMOWEGO WNISKODAWCY, PONIŻEJ NALEŻY WYMIENIĆ TYLKO STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA Z WNISKODAWCĄ:		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
RAZEM		
DOCHÓD W PRZELICZENIU NA 1 OSOBĘ WYNOŚI:		

Przyjmuję do wiadomości i stosowania, konieczność złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów w przypadku, gdy MOPS poweźmie wątpliwości odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania.

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej.

<p style="text-align: right;">dnia ___ / ___ / 20___ r.</p> <p style="text-align: center;">miejsowość</p>	<p style="text-align: center;">CZYTELNY PODPIS WNISKODAWCY LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO, PEŁNOMOCNIKA</p>
---	--

* **dochód** – w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. 2015 r. poz.114 z późniejszymi zmianami) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, zasiłek pielęgnacyjny oraz kwotę świadczonych alimentów powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

[†] Wnioskodawca, który prowadzi **samodzielne gospodarstwo domowe** (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

Przez pojęcie wspólne gospodarstwo domowe – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ ZADANIA, KTÓREGO DOTYCZY SKŁADANY WNIOSEK

Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo wszystkie inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do MOPS przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

Dane osobowe przekazane przez Wnioskodawcę do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mysłowicach (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji zadania, którego dotyczy wniosek.

Wnioskodawca posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznaniem dofinansowania.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Ja niżej podpisany(a)

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkały(a)

.....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez MOPS z siedzibą w Mysłowicach przy ul. Gwarków 24 (administrator danych) w celach związanych z realizacją zadania, którego dotyczy wniosek, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity DZ. U. 2018r. poz. 1000). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

OŚWIADCZENIA OSÓB KTÓRYCH DANE OSOBOWE ZOSTAŁY PRZEKAZANE DO MOPS

Ja niżej podpisany(a)

.....
(imię i nazwisko)

zamieszkały(a)

.....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez MOPS z siedzibą w Mysłowicach przy ul. Gwarków 24 (administrator danych) w celach związanych z realizacją zadania, którego dotyczy wniosek, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity DZ. U. 2018r. poz. 1000). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Wniosek dotyczący dofinansowania ze środków PFRON likwidacji barier technicznych - ZAŁĄCZNIKI

Ja niżej podpisany(a)

.....
(imię i nazwisko)

zamieszkały(a)

.....
(miejsowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez MOPS z siedzibą w Mysłowicach przy ul. Gwarków 24 (administrator danych) w celach związanych z realizacją zadania, którego dotyczy wniosek, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity DZ. U. 2018r. poz. 1000). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Ja niżej podpisany(a)

.....
(imię i nazwisko)

zamieszkały(a)

.....
(miejsowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez MOPS z siedzibą w Mysłowicach przy ul. Gwarków 24 (administrator danych) w celach związanych z realizacją zadania, którego dotyczy wniosek, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity DZ. U. 2018r. poz. 1000). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Ja niżej podpisany(a)

.....
(imię i nazwisko)

zamieszkały(a)

.....
(miejsowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez MOPS z siedzibą w Mysłowicach przy ul. Gwarków 24 (administrator danych) w celach związanych z realizacją zadania, którego dotyczy wniosek, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity DZ. U. 2018r. poz. 1000). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Ja niżej podpisany(a)

.....
(imię i nazwisko)

zamieszkały(a)

.....
(miejsowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez MOPS z siedzibą w Mysłowicach przy ul. Gwarków 24 (administrator danych) w celach związanych z realizacją zadania, którego dotyczy wniosek, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity DZ. U. 2018r. poz. 1000). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

pieczęćka placówki

miejscowość i data

Z A Ś W I A D C Z E N I E

dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mysłowicach w celu dofinansowania likwidacji barier technicznych ze środków PFRON

(prosimy wypełnić **CZYTELNIE W JĘZYKU POLSKIM**)

1. Dane osoby, której dotyczy wnioski o przyznanie dofinansowania do likwidacji barier technicznych ze środków PFRON:

Imię i nazwisko: _____

PESEL:

miejsce zamieszkania: _____

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

- dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością poruszania się **wyłącznie** na **wózku inwalidzkim**;
- dysfunkcji narządu ruchu z koniecznością **czasowego** poruszania się na **wózku inwalidzkim**;
- dysfunkcji narządu ruchu bez możliwości poruszania się, **osoba leżąca**;
- innej dysfunkcji narządu ruchu, z koniecznością poruszania się przy pomocy:
- balkonika, laski, kul, itp.;
- osób drugich;
- dysfunkcji pozwalającej na samodzielne poruszanie się;
- wrodzonego braku albo amputacji dłoni lub rąk;
- dysfunkcji narządu wzroku:
- osoba niedowidząca;
- osoba niewidoma;
- osoba głuchoniewidoma;
- dysfunkcji narządu:
- słuchu;
- mowy;
- słuchu i mowy;
- deficytu rozwojowego (upośledzenie umysłowe);
- niepełnosprawności z ogólnego stanu zdrowia;
- innej dysfunkcji _____

(krótka charakterystyka)

2. W związku z posiadaną niepełnosprawnością, pacjent ma trudności w korzystaniu z przestrzeni życiowej wskutek braku odpowiednio przystosowanych urządzeń technicznych, polegające na:
- _____
- _____
- _____
- _____

3. W/w trudności mogą zostać zlikwidowane / ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń, sprzętów, pomocy:

4. Posiadanie w/w sprzętu, urządzeń itp. wpłynie na poprawę funkcjonowania pacjenta w następujący sposób:

5. Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych klientów jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach mający siedzibę przy ul. Gwarków 24, 41-400 Mysłowice, reprezentowany przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mysłowicach;
2. W Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Mysłowicach wyznaczono inspektora ochrony danych osobowych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem email: iodo@mops-myslowice.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c oraz art. 9 ust. 2 pkt g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, w celu realizowania zadań z zakresu rehabilitacji społecznej w oparciu o Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.) **na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą;**
4. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane następującym odbiorcom danych w rozumieniu art. 4 pkt 9 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych tj. podmiotom z którymi zostały podpisane umowy o przetwarzaniu danych osobowych;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z wykazem akt zawartym w instrukcji kancelaryjnej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mysłowicach;
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania;
7. Każda osoba, której danymi dysponuje Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach ma prawo wniesienia skargi do *Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych*, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
9. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Potwierdzam zapoznanie się z informacją

.....
data i podpis

Zgoda na przetwarzanie danych

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonych w Rozporządzeniu 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez: **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach**.

Celem przetwarzania danych jest realizowanie przez: **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach** zadań z zakresu rehabilitacji społecznej w oparciu o Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.) **na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą**.

Zostałem poinformowana/y o prawie dostępu do treści swoich danych oraz o prawie do ich sprostowania i zapomnienia.

Miejscowość dnia:

.....
podpis osoby zainteresowanej

.....
(podpis i pieczęć pracownika przyjmującego zgodę)