

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 wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (wg załącznika nr 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Aktualne zaświadczenie lekarskie (wg załącznika nr 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Oferty cenowe ze specyfikacją, dotyczące wnioskowanego urządzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	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"/>	
8	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.):						
9	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"/>	
10	Aktualna zgoda właściciela budynku (<i>Spółdzielnia Mieszkaniowa, MZGK, Wspólnota itp.</i>) 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"/>	
11	Aktualna zgoda/y właścicieli lokalu na likwidację barier (wg załącznika nr 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Informacje uzupełniające do wniosku (wg załącznika nr 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne:						
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 DON
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DOTYCZĄCY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych 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 (MOPS);
2. W MOPS w Mysłowicach wyznaczono inspektora ochrony danych osobowych - Panią Agnieszkę Kotwas, z którą można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem email: agnieszka.kotwas@mops-myslowice.pl;
3. 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 (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 426 z późn. zm.) na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą;
4. 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. Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z wykazem akt zawartym w instrukcji kancelaryjnej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mysłowicach;
6. Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS w Mysłowicach ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania;
7. Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS 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.

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 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 426 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.

_____ dnia __ / __ /20__ r.	
miejsowość	CZYTELNY PODPIS OSOBY WYRAŻAJĄCEJ ZGODĘ

pieczęć 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 wnioszek 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**, w zakresie:

pacjent nie porusza się samodzielnie – osoba leżąca;

pacjent porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

w mieszkaniu i na zewnątrz, tylko na zewnątrz;

pacjent porusza się za pomocą oprzyrządowania typu:

kule, laska, balkonik, proteza;

pacjent porusza się przy pomocy osób drugich;

pacjent porusza się samodzielnie;

- 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 z wykonaniem podstawowych, codziennych czynności życiowych 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

imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę

miejsowość, data

adres

OŚWIADCZENIE**dot. wyrażenie zgody na likwidację barier technicznych w miejscu stałego zamieszkania osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON**

Ja niżej podpisana/y, **wyrażam zgodę** na przeprowadzenie prac związanych z likwidacją barier technicznych osoby niepełnosprawnej:

(imię i nazwisko)

stałe zamieszkałej przy ul.

(adres)

w budynku / lokalu, którego jestem WŁAŚCICIELEM WSPÓŁWŁAŚCICIELEM *

- Oświadczam, że uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1977 r. Kodeks Karny /Dz.U. z 2018r., poz. 1600 z późn. zm./ za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy stwierdzam własnoręcznym podpisem że powyższe dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym na dzień składania oświadczenia.

podpis

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DOTYCZĄCY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych 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 (MOPS);
2. W MOPS w Mysłowicach wyznaczono inspektora ochrony danych osobowych - Panią Agnieszkę Kotwas, z którą można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem email: agnieszka.kotwas@mops-myslowice.pl;
3. 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. 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. Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z wykazem akt zawartym w instrukcji kancelaryjnej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mysłowicach;
6. Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS w Mysłowicach ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania;
7. Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS 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.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

Po zapoznaniu się z powyższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych, oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych w celu realizacji przez MOPS - likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

data i podpis

* Właściwie zaznaczyć znakiem X (w przypadku kilku właścicieli oświadczenie należy skopiować i wypełnić osobno dla każdej osoby wyrażającej zgodę).

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DO WNIOSKU

(WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE W PRZYPADKU GDY WNIOSKOWANE URZĄDZENIE MONTOWANE JEST NA STAŁE W MIEJSCU ZAMIESZKANIA WNIOSKODAWCY)

SYTUACJA MIESZKANIOWA WNIOSKODAWCY	
TYTUŁ PRAWNY DO LOKALU LUB BUDYNKU, W KTÓRYM WNIOSKODAWCA ZAMIESZKUJE I W KTÓRYM MA NASTĄPIĆ LIKWIDACJA BARIER TECHNICZNYCH:	
<input type="checkbox"/> WŁASNOŚĆ NIERUCHOMOŚCI, <input type="checkbox"/> WIECZYSTE UŻYTKOWANIE, <input type="checkbox"/> PRZYDZIAŁ LOKALU, <input type="checkbox"/> UMOWA NAJMU, <input type="checkbox"/> INNE, JAKIE ? _____	
NUMER KSIĘGI WIECZYSTEJ _____	
DOM / BUDYNEK:	<input type="checkbox"/> JEDNORODZINNY, <input type="checkbox"/> WIELORODZINNY PRYWATNY, <input type="checkbox"/> WIELORODZINNY KOMUNALNY, <input type="checkbox"/> WIELORODZINNY SPÓŁDZIELCZY, <input type="checkbox"/> WIELORODZINNY - WSPÓLNOTA MIESZKANIOWA, <input type="checkbox"/> INNE, JAKIE _____
PRZYBLIŻONY WIEK BUDYNKU LUB ROK BUDOWY:	
BUDYNEK:	<input type="checkbox"/> PARTEROWY: <input type="checkbox"/> WYSOKI PARTER _____ (PODAĆ ILOŚĆ SCHODÓW) <input type="checkbox"/> POZIOM ZERO <input type="checkbox"/> PIĘTROWY - MIESZKANIE NA _____ (PODAĆ KONDYGNACJĘ) <input type="checkbox"/> WYPOSAŻONY W: <input type="checkbox"/> WINDE, <input type="checkbox"/> PODJAZD, <input type="checkbox"/> SZYNY NAJAZDOWE
OPIS MIESZKANIA:	POKOJE _____ (PODAĆ LICZBĘ), <input type="checkbox"/> Z KUCHNIĄ, <input type="checkbox"/> BEZ KUCHNI, <input type="checkbox"/> Z WC, <input type="checkbox"/> BEZ WC, <input type="checkbox"/> Z ŁAZIENKĄ, <input type="checkbox"/> BEZ ŁAZIENKI, <input type="checkbox"/> ŁAZIENKA z WC <input type="checkbox"/> WC NA KORYTARZU, <input type="checkbox"/> INNE, JAKIE ? _____
ŁAZIENKA JEST WYPOSAŻONA W: <input type="checkbox"/> WANNE, <input type="checkbox"/> BRODZIK, <input type="checkbox"/> KABINĘ PRYSZNICOWĄ, <input type="checkbox"/> UMYWALKĘ, <input type="checkbox"/> INNE, JAKIE? _____	
W MIESZKANIU JEST: <input type="checkbox"/> INSTALACJA WODY ZIMNEJ, <input type="checkbox"/> CIEPŁEJ, <input type="checkbox"/> KANALIZACJA, <input type="checkbox"/> PRĄD, <input type="checkbox"/> GAZ, <input type="checkbox"/> OGRZEWANIE, JAKIE? _____	
INNE INFORMACJE O WARUNKACH MIESZKANIOWYCH:	

_____ dnia ____ / ____ /20____ r. miejscowość _____	_____ CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO, PEŁNOMOCNIKA
---	--

