

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE:

(WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PRACOWNIK MOPS W TRAKCIE PRZYJĘCIA WNIOSKU)

NAZWA ZAŁĄCZNIKA		ZAŁĄCZONO DO WNIOSKU			UZUPEŁNIONO W DNIU:
		TAK	NIE	NIE DOTYCZY	
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	☐	☐	☐	☐
2.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu.	☐	☐	☐	☐
3.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego <i>Uwaga! Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 2 do wniosku nie dotyczy osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole.</i>	☐	☐	☐	☐
4.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument zawierający informacje, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości) i o rodzaju zatrudnienia (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku).	☐	☐	☐	☐
5.	Kserokopia aktualnej (ważnej) Karty Dużej Rodziny – oryginał do wglądu <i>Uwaga! Należy przez to rozumieć dokument identyfikujący członka rodziny wielodzietnej zgodnie z Ustawą z dnia 05.12.2014r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz. U. z 2017 poz. 1832 z późn. zm.) lub inny dokument, na podstawie którego wnioskodawca objęty jest działaniami / ulgami adresowanymi do rodzin wielodzietnych, ujętymi w ramy programów, które pod różnymi nazwami funkcjonują w Polsce bądź wprowadzonymi jako samodzielny instrument nieobudowany programem.</i>	☐	☐	☐	☐
6.	W przypadku osób poszkodowanych w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych - potwierdzenie zdarzenia przez właściwą jednostkę (np. jednostka pomocy społecznej, straż pożarna, Policja) wystawione dla wnioskodawcy, który został dotknięty zdarzeniem losowym skutkującym stratami materialnymi w gospodarstwie domowym.	☐	☐	☐	☐
7.	W przypadku gdy wnioskodawca ubiega się o zwiększenie dodatku z tytułu korzystania z usług tłumacza języka migowego – oświadczenie o korzystaniu z niniejszych usług wraz z uzasadnieniem.	☐	☐	☐	☐
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	☐	☐
9.					
10.		☐	☐	☐	☐
11.		☐	☐	☐	☐

data i podpis pracownika DON przyjmującego wniosek

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 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:

- 1) 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 niektórych przypadkach administratorem Państwa danych są podmioty, które powierzyły przetwarzanie danych osobowych Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Mysłowicach, na przykład w związku z realizowaniem projektów finansowanych ze środków Unii Europejskiej.

2. W MOPS w Mysłowicach wyznaczono inspektora ochrony danych osobowych - Agnieszkę Kotwas, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem email: iodo@mops-myslowice.pl;

3. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także realizacja zadań z zakresu rehabilitacji społecznej, która ma na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestniczenia w życiu społecznym, monitorowanie i kontrola oraz ewaluacja i sprawozdawczość, jak również ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń i archiwizacja.

Przetwarzanie danych następuje na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c oraz art. 9 ust. 2 pkt g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rozporządzeń wykonawczych do przedmiotowej ustawy oraz programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych;

4. Przetwarzamy Państwa dane w zakresie adresu poczty elektronicznej oraz innych danych podanych przez Państwa w wiadomościach przesyłanych za pośrednictwem poczty elektronicznej;

5. Dane osobowe przekazywane będą wyłącznie organom lub podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom przetwarzającym dane w imieniu administratora danych osobowych w tym PFRON – al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa oraz innym podmiotom wspierającym działalność administratora takim jak np. podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW służącego do obsługi zadań a działającego na zlecenie PFRON;

6. Dane osobowe mogą być ujawnione podmiotom świadczącym usługi pocztowe oraz podmiotom świadczącym usługi doręczenia przy użyciu środków komunikacji elektronicznej, w tym m.in. ePUAP oraz dostawcy publicznej usługi rejestrowanego doręczenia elektronicznego (RDE);

7. Dane osobowe będą przekazywane również podmiotom przetwarzającym w rozumieniu art. 4 pkt 8 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych: podmiotom, z którymi MOPS w Mysłowicach zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;

8. Przechowujemy Państwa dane przez czas niezbędny do realizacji celu przetwarzania, nie dłużej niż jest to określone kategorią archiwalną dokumentów, która jest ustalana przez Archiwum Państwowe na podstawie ustawy o narodowym zasobie archiwalnym;

9. Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS w Mysłowicach ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania;

10. 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 2016r.;

11. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią informacji dotyczącej przetwarzania danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej oraz wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie danych MOPS dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku.

_____ dnia ____ / ____ /20____ r.	
miejscowość	CZYTELNY PODPIS OSOBY WYRAŻAJĄCEJ ZGODĘ

Niniejszą klauzulę składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do MOPS przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni
dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mysłowicach (program „Aktywny Samorząd”)

PAN/PANI _____

NR PESEL: **ROZPOCZĄŁ(ĘŁA) NAUKĘ / KONTYNUUJE NAUKĘ W:**

(PEŁNA NAZWA UCZELNI/SZKOŁY) _____

(WYDZIAŁ) _____

(KIERUNEK) _____

OKRES TRWANIA NAUKI W SZKOLE (ILE SEMESTRÓW): _____ (ILE LAT): _____

OBECNIE PAN/PANI REALIZUJE: _____ ROK NAUKI, _____ SEMESTR NAUKI

MIEJSCE (MIEJSCOWOŚĆ) POBIERANIA NAUKI: _____

W RAMACH REALIZOWANEJ FORMY KSZTAŁCENIA JEDNOSTKA ZAPEWNIĄ NIEPEŁNOSPRAWNYM STUDENTOM / UCZNIOM MOŻLIWOŚĆ **BEZPŁATNEGO** KORZYSTANIA Z USŁUG:

ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ ☐ TAK ☐ NIETŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO ☐ TAK ☐ NIE

BUDYNEK SZKOŁY / UCZELNI DOSTOSOWANY JEST DO POTRZEB OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH, JEŻELI TAK TO W JAKIM ZAKRESIE: _____

CZY W/W KORZYSTA W POWYŻSZYM ZAKRESIE Z POMOCY ZAPEWNIONEJ PRZEZ UCZELNIĘ/ SZKOŁĘ:

☐ NIE ☐ TAK ☐ CZĘŚCIOWO W JAKIM ZAKRESIE? _____CZY WW. STUDENT POWTARZAŁ(A) ROK NAUKI: ☐ TAK ☐ NIECZY WW. STUDENT KORZYSTA Z PRZERWY W NAUCE: ☐ TAK ☐ NIE

CZY WW. STUDENT W POPRZEDNIM SEMESTRZE POBIERAŁ NAUKĘ W FORMIE ZDALNEJ (W ZWIĄZKU Z PANDEMIA):

☐ TAK ☐ NIENAUKA ODBYWA SIĘ W SYSTEMIE: ☐ STACJONARNYM☐ NIESTACJONARNYM☐ W FORMIE ZDALNEJ☐ W SYSTEMIE
HYBRYDOWYM☐ WIECZOROWYM**FORMA KSZTAŁCENIA:**☐ JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE ☐ STUDIA PIERWSZEGO STOPNIA ☐ STUDIA DRUGIEGO STOPNIA☐ STUDIA PODYPLOMOWE ☐ NAUKA W SZKOLE POLICEALNEJ ☐ STUDIA DOKTORANCKIE☐ PRZEPROWADZENIE PRZEWODU DOKTORSKIEGO (DOT. OSÓB, NIE BĘDĄCYCH UCZESTNIKAMI STUDIÓW DOKTORANCKICH)☐ NAUKA NA UCZELNI ZAGRANICZNEJ ☐ INNE, JAKIE? _____

KWOTA CZESNEGO ZA JEDNO PÓŁROCZE (W ODNIESIENIU DO WW. STUDENTA) WYNOŚI: zł

CZESNE (OPŁATA ZA NAUKĘ) – OPŁATA POBIERANA ZA NAUKĘ W SZKOLE POLICEALNEJ LUB WYŻSZEJ W OKRESIE OBJĘTYM UMOWĄ DOFINANSOWANIA; OPŁATA ZA NAUKĘ (CZESNE) NIE OBEJMUJE INNYCH OPŁAT Z TYTUŁU USŁUG EDUKACYJNYCH (PRZYKŁADOWO: OPŁATY ZWIĄZANEJ Z POWTARZANIEM OKREŚLONYCH ZAJĘĆ Z POWODU NIEZADOWALAJĄCYCH WYNIKÓW W NAUCZE, ZA ZAJĘCIA NIEOBJĘTE PLANEM STUDIÓW, ZA INNE NIŻ FILOLOGIA STUDIA REALIZOWANE W JĘZYKU OBCYM) ANI INNYCH OPŁAT PRZEWIDZIANYCH PRZEPISAMI PRAWA POWSZECHNIE OBOWIĄZUJĄCEGO (PRZYKŁADOWO ZA WYDANIE: LEGITYMACJI STUDENCKIEJ I JEJ DUPLIKATU, DYPLOMU UKOŃCZENIA STUDIÓW, JEGO DUPLIKATU ORAZ DODATKOWEGO ODPISU DYPLOMU W TŁUMACZENIU NA JĘZYK OBCY, ITP.), KTÓRE TO KOSZTY MOGĄ BYĆ POKRYWANE PRZEZ BENEFICJENTA POMOCY ZE ŚRODKÓW DOFINANSOWANIA PRZYZNANEGO W FORMIE DODATKU NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA.

CZESNE WW. STUDENTA W BIEŻĄCYM PÓŁROCZU JEST DOFINANSOWANE: ☐ NIE ☐ TAK:

ZE ŚRODKÓW W WYSOKOŚCI zł

ZE ŚRODKÓW W WYSOKOŚCI zł

ORGANIZACJA OBECNEGO ROKU AKADEMICKIEGO (SZKOLNEGO) ____ / ____ r. W JEDNYM PÓŁROCZU:	
DATA ROZPOCZĘCIA SEMESTRU (DZIEŃ, MIESIĄC, ROK)	
DATA ZAKOŃCZENIA SEMESTRU (DZIEŃ, MIESIĄC, ROK)	
DATA ROZPOCZĘCIA SESJI EGZAMINACYJNEJ (DZIEŃ, MIESIĄC, ROK)	
DATA ZAKOŃCZENIA SESJI EGZAMINACYJNEJ (DZIEŃ, MIESIĄC, ROK)	
DATA ROZPOCZĘCIA OBOWIĄZKOWYCH PRAKTYK (DZIEŃ, MIESIĄC, ROK)	
DATA ZAKOŃCZENIA OBOWIĄZKOWYCH PRAKTYK (DZIEŃ, MIESIĄC, ROK)	

WNIOSEKODAWCA STUDUJE W TRYBIE:

PRZYSPIESZONYM – NALEŻY PRZEZ TO ROZUMIEĆ **INDYWIDUALNĄ ORGANIZACJĘ STUDIÓW** LUB **INDYWIDUALNY TOK STUDIÓW**, PRZYJĘTY NA PODSTAWIE DECYZJI UCZELNI, UMOŻLIWIAJĄCY SKRÓCENIE OKRESU TRWANIA STUDIÓW, PRZY CZYM PROGRAM STUDIÓW W PRZYSPIESZONYM TRYBIE (NP. TRZY SEMESTRY W CIĄGU ROKU AKADEMICKIEGO) MUSI BYĆ ZGODNY Z OBOWIĄZUJĄCYMI STANDARDAMI KSZTAŁCENIA DLA DANEGO KIERUNKU STUDIÓW I ZGODNY Z OBOWIĄZUJĄCYM PLANEM OGÓLNYM STUDIÓW.

☐ TAK ☐ NIE

SPOWOLNIONYM – NALEŻY PRZEZ TO ROZUMIEĆ INDYWIDUALNĄ ORGANIZACJĘ STUDIÓW LUB INDYWIDUALNY TOK STUDIÓW, PRZYJĘTY NA PODSTAWIE DECYZJI UCZELNI, UMOŻLIWIĄJĄCY WYDŁUŻENIE OKRESU TRWANIA STUDIÓW (NP. JEDEN SEMESTR W CIĄGU ROKU AKADEMICKIEGO). O ILE DECYZJA O SPOWOLNIENIU TOKU STUDIÓW NIE JEST DECYZJĄ O POWTARZANIU ROKU. WNIOSKODAWCA MOŻE KORZYSTAĆ Z POMOCY W MODULE II NA ZASADACH OGÓLNYCH.

☐ TAK ☐ NIE

PODSTAWA PRAWNA FUNKCJONOWANIA JEDNOSTKI:

- ☐ **SZKOŁA WYŻSZA** – PUBLICZNA LUB NIEPUBLICZNA UCZELNIA, W TYM SZKOŁA DOKTORSKA, DZIAŁAJĄCA ZGODNIE Z USTAWĄ Z DNIA 20 LIPCA 2018 R. PRAWO O SZKOLNICTWIE WYŻSZYM I NAUCE (DZ. U. Z 2018 R. POZ. 1668, Z PÓŹN. ZM.) LUB UCZELNIA ZAGRANICZNA, A TAKŻE SZKOŁA WYŻSZA I WYŻSZE SEMINARIUM DUCHOWNE PROWADZONE PRZEZ KOŚCIOŁ KATOLICKI LUB INNE KOŚCIOŁY I ZWIĄZKI WYZNANIOWE.

☐ **SZKOŁA POLICEALNA** – PUBLICZNA LUB NIEPUBLICZNA SZKOŁA POLICEALNA, DZIAŁAJĄCA ZGODNIE Z USTAWĄ Z DNIA 14 GRUDNIA 2016r. PRAWO OŚWIATOWE (DZ. U. Z 2018r., POZ. 996, Z PÓŹN. ZM.).

☐ **KOLEGIUM** – KOLEGIUM DZIAŁAJĄCE ZGODNIE Z USTAWĄ Z DNIA 14 GRUDNIA 2016r. PRAWO OŚWIATOWE (DZ. U. Z 2018r. POZ. 996, Z PÓŹN. ZM.).

☐ **INNA (JAKA?)**

_____ _____ dnia ____ / ____ /20____ r. _____ miejscowość		_____ _____ pieczęć i podpis pracownika jednostki organizacyjnej szkoły / uczelni
--	--	---

.....
pieczęć Pracodawcy**ZAŚWIADCZENIE**

wydane przez Pracodawcę

dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mysłowicach (program „Aktywny Samorząd”)

PAN/PANI

NR PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA

JEST ZATRUDNIONY (A) NA PODSTAWIE NASTĘPUJĄCEGO STOSUNKU PRACY:

- ☐ UMOWA O PRACĘ,
☐ POWOŁANIE,
☐ WYBÓR,
☐ MIANOWANIE,
☐ SPÓŁDZIELCZA UMOWA O PRACĘ,
☐ INNE (JAKIE?)

ZAWARTEGO NA CZAS:

- ☐ NIEOKREŚLONY, OD DNIA: ____ - ____ - ____
☐ OKREŚLONY, W OKRESIE OD: ____ - ____ - ____ DO: ____ - ____ - ____

JEDNOCZEŚNIE INFORMUJĘ, ŻE W/W PRACOWNIK OTRZYMUJE / NIE OTRZYMUJE* DOFINANSOWANIE
NA POKRYCIE KOSZTÓW NAUKI, W WYSOKOŚCI: zł

..... miejsowość	 pieczęć i podpis osoby wystawiającej zaświadczenie
..... dnia ____ / ____ / 20__ r.	

* niepotrzebne skreślić

