

Nr sprawy: DR.613.../...../.....

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

(dotyczy osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Kraków)

Procedura dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dostępna jest na stronie internetowej www.mops.krakow.pl oraz wywieszona w gablotach w siedzibie MOPS przy ul. Józefińskiej 14 – parter.

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

.....
imię i nazwisko

nr PESEL: Adres e-mail:

Adres zamieszkania: Kraków, ul. nr domu: nr lokalu:

nr kodu: - poczta: nr tel. kontaktowego

Adres zameldowania: miejscowość: ul.

nr domu: nr lokalu: nr kodu - poczta

II. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA

.....
imię i nazwisko

nr PESEL: Adres e-mail:

Adres zamieszkania: miejscowość: ul.

nr domu: nr lokalu: nr kodu - poczta:

nr tel. kontaktowego:

Opiekun prawny – ustanowiony postanowieniem Sądu

.....
nazwa sądu

z dnia Sygnatura akt

Pełnomocnik – na mocy pełnomocnictwa pisemnego/notarialnego¹ udzielonego w dniunr repertorium²¹ Niepotrzebne skreślić² Wypełnić tylko w wypadku udzielenia pełnomocnictwa notarialnego

III. POSIADANE PRZEZ WNIOSKODAWCĘ ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Proszę wpisać rodzaj posiadanego orzeczenia

IV. TYTUŁ PRAWNY DO LOKALU

Proszę wpisać numer księgi wieczystej lub rodzaj dokumentu dołączonego do wniosku

V. SYTUACJA MIESZKANIOWA WNIOSKODAWCY

1. osoba zamieszkująca samotnie	
2. osoba zamieszkująca z rodziną	
3. osoba zamieszkująca z osobami niepełnosprawnymi	
4. osoba samotna objęta pomocą w formie usług opiekuńczych: - instytucjonalna*	

* niewłaściwe skreślić

VI. OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

- budynek jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*, inne*
- budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (proszę podać kondygnację).....
- przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....

VII. PRZEDMIOT I CEL DOFINANSOWANIA

WNIOSKUJĘ O DOFINANSOWANIE (proszę podać wykaz planowanych robót/zakupów):

CEL DOFINANSOWANIA (proszę wskazać w jaki sposób realizacja zadania ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności):

VIII. MIEJSCE REALIZACJI, TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI

(proszę podać adres)

(proszę podać termin rozpoczęcia i czas realizacji)

IX. KOSZT ZADANIA I KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA

Przewidywany łączny koszt zadania:

Kwota wnioskowanego dofinansowania (nie więcej niż 95% wartości):

X. INFORMACJA O OGÓLNEJ WARTOŚCI DOTYCHCZAS PONIESIONYCH NAKŁADÓW PRZEZ WNIOSKODAWCĘ NA REALIZACJĘ ZADANIA

(proszę podać czy zostały już poniesione koszty związane z realizacją przedmiotowego zadania)

- ☐ TAK
(proszę podać wartość oraz źródła finansowania)
- ☐ NIE

XI. INFORMACJA O INNYCH ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA ZADANIA

(proszę podać czy uzyskała Pani/Pan dodatkowe środki na likwidację barier architektonicznych z innych źródeł np. od sponsora, fundacji, spółdzielni mieszkaniowej)

- ☐ TAK
(proszę podać wartość oraz źródła finansowania)
- ☐ NIE

XII. NAZWA BANKU ORAZ NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

XIII. OŚWIADCZENIA

- 1) Oświadczam, że jestem mieszkańcem Gminy Miejskiej Kraków.

Stale zamieszkuję przy ul.nr domu nr lokalu.....

Wskazany wyżej adres stałego zamieszkania stanowi moje centrum życiowe.

- 2) Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł: zł.

- 3) Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym łącznie z wnioskodawcą wynosi:, w tym osób niepełnosprawnych.

- 4) Uzyskałam/em dofinansowanie ze środków PFRON, w tym za pośrednictwem Oddziału PFRON (jeżeli TAK, proszę podać nr zawartej umowy, cel, datę przyznania dofinansowania oraz stan rozliczenia – w przeciwnym wypadku proszę wpisać "Nie uzyskałam żadnego dofinansowania ze środków PFRON").

- 5) Uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 kodeksu karnego za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

- 6) Oświadczam, że zapoznałam(em) się z procedurą nr 37 dotyczącą przedmiotowego dofinansowania i zasadami rozpatrywania wniosków o dofinansowanie w bieżącym roku realizacji (dokumenty dostępne na stronie internetowej: www.mops.krakow.pl).

- 7) Oświadczam, że przyjąłem/przyjęłam do wiadomości, że dofinansowanie nie obejmuje refundacji kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.

- 8) Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON lub w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(em) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- 9) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej i kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalanie przebiegu wizji i kontroli (m.in. sporządzenie nagrań, fotografii lub filmów).
- 10) Oświadczam, że nie poniosłem/em żadnych kosztów realizacji zadania (zakup materiałów, rozpoczęcie prac itp.) przed dniem złożenia wniosku oraz nie poniosę ich do dnia zawarcia umowy z MOPS w Krakowie.
- 11) Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie wymaganego udziału własnego na realizację dofinansowanego przedsięwzięcia.

XIV. KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W KRAKOWIE

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ul. Józefińskiej 14, 30-529 Kraków, jako administrator Pani/Pana danych osobowych na podst. art. 13 rozporządzenia nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27.04.2016 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) informuje, że:

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznania dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym kategoriom odbiorców danych (w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO):
 - 1) podmioty świadczące asystę techniczną oprogramowania służącego do obsługi zadań PFRON,
 - 2) podmioty świadczące profesjonalne usługi niszczenia dokumentacji archiwalnej.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od rozpatrzenia wniosku, licząc od 1 stycznia roku następującego po roku, w którym Pani/Pan wniosek został rozpatrzony, z zastrzeżeniem pkt 4.
4. W przypadku zakwalifikowania Pani/Pana dokumentacji decyzją Dyrektora Archiwum Narodowego w Krakowie do kategorii archiwalnej „A”, Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej przez okres 25 lat, liczony analogicznie, jak w pkt 3, a następnie zostaną przekazane do Archiwum Narodowego.
5. W zakresie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Ma Pani/Pan prawo do żądania od Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie:
 - 1) dostępu do swoich danych osobowych (na zasadach określonych w art. 15 RODO);
 - 2) sprostowania Pani/Pana danych osobowych (na zasadach określonych w art. 16 RODO);
 - 3) ograniczenie przetwarzania danych osobowych (na zasadach określonych w art. 18 RODO).
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe.
9. Konsekwencją niepodania przez Panią/Pana danych osobowych będzie brak możliwości przyznania dofinansowania.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą profilowane.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych:

Inspektor Ochrony Danych, ul. Józefińska 14, 30-529 Kraków lub iod@mops.krakow.pl.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z powyższymi informacjami zawartymi we wniosku.

.....
data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna
prawnego/pełnomocnika/przedstawiciela
ustawowego osoby niepełnosprawnej

XV. WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW/DOKUMENTÓW

1. Kopia orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność.
2. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające dysfunkcję narządu ruchu – załącznik nr 2 do procedury
3. Kopia aktualnego dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do lokalu, stale zamieszkiwanego przez osobę z niepełnosprawnością, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych: nr księgi wieczystej, akt notarialny, przydział lokalu, umowa najmu na czas nieokreślony, itp.
4. Pisemna zgoda właściciela/właścicieli budynku i lokalu na wykonanie prac we wnioskowanym zakresie, ze szczególnym uwzględnieniem wyrażenia zgody na wolną przestrzeń kąpielową z odpływem liniowym.
5. Kopia pełnomocnictwa notarialnego, gdy osoba z niepełnosprawnością działa przez pełnomocnika albo odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku składania wniosku w imieniu osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie albo odpis postanowienia sądu o ustanowieniu kuratora w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej częściowo.
6. Zdjęcia stanu obecnego pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych.
7. Odręczny szkic pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych wraz z podaniem ich wymiarów oraz wymiarów elementów w nich zamontowanych (stan obecny pomieszczeń oraz pożądany stan po dostosowaniu).

.....
 Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

Miejscowość i data wydania

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla celów złożenia w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Krakowie
 wniosku o likwidację barier architektonicznych – zadania finansowanego
 ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych
 (uprzejmie proszę wypełnić czytelnie, w języku polskim)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa pacjenta dotyczy (proszę zaznaczyć właściwe pole):

Pacjent leżący, nie będący w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim, nawet przy pomocy osób trzecich	pieczęć i podpis lekarza
Pacjent poruszający na wózku inwalidzkim	pieczęć i podpis lekarza
Pacjent poruszający się przy pomocy balkonika, kul łokciowych albo laski	pieczęć i podpis lekarza
Pacjent posiadający protezy kończyn dolnych	pieczęć i podpis lekarza
Pacjent niedowidzący lub niewidomy	pieczęć i podpis lekarza
Inne schorzenia utrudniające poruszanie się: 	pieczęć i podpis lekarza