

Nr sprawy: DR/614 ____ / ____ / ____

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

(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

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

imię i nazwisko _____

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

adres e-mail _____

Adres zamieszkania^[1]: Kraków, ul. _____ nr domu _____ nr lokalu _____

nr kodu: ____ - ____ poczta: _____ nr tel. kontaktowego _____

Adres zameldowania: ul. _____ nr domu _____ nr lokalu _____

nr kodu: ____ - ____ miejscowość _____

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

imię i nazwisko _____

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

adres e-mail _____

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

nr kodu: ____ - ____ poczta: _____ nr tel. kontaktowego _____

Opiekun prawny / kurator – ustanowiony postanowieniem Sądu _____

nazwa sądu _____

z dnia _____ Sygnatura akt _____

Pełnomocnik – na mocy pełnomocnictwa pisemnego/notarialnego^[2] udzielonego w dniu _____nr repertorium^[3] _____

III. PRZEDMIOT I CEL DOFINANSOWANIA

WNIOSKUJĘ O DOFINANSOWANIE DO ZAKUPU^[4]: _____

[1] W przypadku osoby bezdomnej należy wpisać miejsce pobytu

[2] Niepotrzebne skreślić

[3] Wypełnić tylko w przypadku udzielenia pełnomocnictwa notarialnego

[4] Proszę wymienić nazwy wnioskowanych przedmiotów/urządzeń

W CELU:

IV. POSIADANE PRZEZ WNIOSKODAWCĘ ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Proszę wpisać rodzaj posiadanego orzeczenia, przez kogo zostało wydane oraz termin jego ważności)

V. POSIADANE PRZEZ WNIOSKODAWCĘ SCHORZENIA UTRUDNIAJĄCE KOMUNIKOWANIE SIĘ Z OTOCZENIEM POTWIERDZONE ORZECZENIEM O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

(proszę wstawić znak „X” w odpowiedniej rubryce)

1)	schorzenia narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy wózka inwalidzkiego;	
2)	schorzenia narządu ruchu;	
3)	schorzenia narządu wzroku;	
4)	schorzenia narządu słuchu i mowy;	
5)	schorzenia psychiczne / umysłowe;	
6)	inne schorzenia utrudniające komunikowanie się z otoczeniem.	

VI. INFORMACJA O KWOTACH PRYZNANYCH WCZEŚNIEJ ZE ŚRODKÓW PFRON DLA WNIOSKODAWCY

lp	nr umowy	data zawarcia umowy	cel dofinansowania	kwota	stan rozliczenia
1)					
2)					
3)					
4)					

lub proszę wpisać: „nie uzyskałam/em żadnego dofinansowania”.

VII. UDZIAŁ WŁASNY WNIOSKODAWCY I KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA

1)	całkowita wartość przedsięwzięcia wynikająca z ofert cenowych (w złotych)	
2)	wnioskowany procent dofinansowania ze środków PFRON (nie więcej niż 95% wartości wnioskowanego sprzętu)	%
3)	deklarowany procentowy udział własny (nie mniej niż 5% wartości wnioskowanego sprzętu)	%

KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON:

cyframi:

słownie:

VIII. UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy wpisać występujące ograniczenia w komunikowaniu się i podać w jaki sposób posiadanie wnioskowanego sprzętu/usługi ułatwi komunikowanie się.

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

Proszę podać czy zostały już poniesione koszty związane z realizacją przedmiotowego zadania.

☐ TAK _____

☐ TAK _____

(proszę podać wartość oraz źródła finansowania)

☐ NIE

X. INFORMACJA O INNYCH ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA ZADANIA	
---	--

Proszę podać czy uzyskał/a Pani/Pan dodatkowe środki na likwidację barier w komunikowaniu się z innymi źródłami (np. od sponsora, fundacji, spółdzielni mieszkaniowej):

☐ TAK

TAK

(proszę podać wartość oraz źródła finansowania)

☐ NIE

XI. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA ORAZ TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS JEGO REALIZACJI	
--	--

(proszę podać adres)

(proszę podać termin rozpoczęcia i czas realizacji)

XII. NAZWA BANKU ORAZ NUMER RACHUNKU BANKOWEGO	
--	--

Nazwa banku _____

[illegible]

XIII. OŚWIADCZENIA

1. 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.
2. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym łącznie z wnioskodawcą wynosi: _____, w tym _____ osób niepełnosprawnych.
3. 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 zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.
4. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z procedurą nr 38 dotyczącą przedmiotowego dofinansowania i zasadami rozpatrywania wniosków o dofinansowanie w bieżącym roku realizacji (dokumenty dostępne na stronie internetowej: www.mops.krakow.pl).
5. Oświadczam, że przyjąłem/przyjęłam do wiadomości, że dofinansowanie nie obejmuje refundacji kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.
6. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON lub w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam(em) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontroli w miejscu realizacji zadania oraz sporządzenie dokumentacji fotograficznej.
8. Oświadczam, że w okresie 3 lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałam/łem dofinansowania w ramach zadania likwidacja barier w komunikowaniu oraz programu Aktywny Samorząd. Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się nie przysługuje osobom, które w ciągu trzech przed złożeniem wniosku uzyskały dofinansowanie w ramach przedmiotowego zadania.
9. Oświadczam, że po uzyskaniu dofinansowania w ramach obowiązującej procedury zobowiązuję się do składania wszystkich wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON w Systemie Obsługi Wsparcia SOW.
10. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że niniejszy wniosek zostanie zarejestrowany i procedowany w Systemie Obsługi Wsparcia SOW (sow.pfron.org.pl). Wnioskodawca ma możliwość sprawdzenia statusu wniosku oraz podpisywania elektronicznie dokumentów po zalogowaniu się do systemu poprzez Węzeł Krajowy.

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.
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) ograniczenia 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 wnioskodawcy i kuratora / opiekuna prawnego /
pełnomocnika / przedstawiciela ustawowego osoby niepełnosprawnej

XV. WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW/DOKUMENTÓW
--

1.	Kopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność.
2.	Oferta cenowa lub faktura pro forma na zakup urządzeń wystawiona na wnioskodawcę.
3.	Kopia pełnomocnictwa, 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.