

Nr sprawy: DR.616.../...../.....

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
USŁUGI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA-PRZEWODNIKA**
(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: 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, PEŁNOMOCNIKA LUB KURATORA**

.....
imię i nazwisko

nr PESEL: adres e-mail:

Adres zamieszkania: miejscowość: 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/notarialnego¹ udzielonego w dniu

nr repertorium²

¹ Niepotrzebne skreślić

² Wypełnić tylko w wypadku udzielenia pełnomocnictwa notarialnego

III. POSIADANE PRZEZ WNIOSKODAWCĘ ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Proszę wpisać rodzaj posiadanego orzeczenia

IV. CEL DOFINANSOWANIA**WNIOSKUJĘ O DOFINANSOWANIE DO:**

☐ Tłumacza języka migowego (należy podać jego imię i nazwisko)

☐ Tłumacza-przewodnika (należy podać jego imię i nazwisko)

**V. INFORMACJA O KWOTACH PRYZNANYCH WCZEŚNIEJ ZE ŚRODKÓW PFRON
DLA WNIOSKODAWCY**

l.p.	nr umowy	data zawarcia umowy	cel dofinansowania	kwota	stan rozliczenia
1.					
2.					
3.					
4.					

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

**VI. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA, TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS ORAZ
KOSZT JEGO REALIZACJI**

Wnioskuje o dofinansowanie do usługi tłumacza języka migowego / tłumacza przewodnika*

l.p.	Miejsce realizacji	Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania	Liczba godzin	Przewidywany/ planowany koszt (brutto)	Zakres świadczenia
1.					
2.					
3.					
4.					

* niepotrzebne skreślić

VII. NAZWA BANKU ORAZ NUMER RACHUNKU BANKOWEGO
--

NAZWA BANKU

NR RACHUNKU BANKOWEGO:

Uzupełnić jedynie, jeśli wnioskodawca posiada rachunek bankowy.

VIII. 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) 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 fałszywego oświadczenia.
- 5) Oświadczam, że zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach zadania – procedura MOPS-46, w szczególności z informacją, 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 oraz 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 wizji lokalnej i kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalanie przebiegu wizji i kontroli (m.in. sporządzenie nagrań, fotografii lub filmów).
- 8) Oświadczam, że posiadam środki finansowe (z innych źródeł niż PFRON) na pokrycie wymaganego udziału własnego na realizację dofinansowanego przedsięwzięcia – o ile dotyczy.
- 9) Oświadczam, że zostałam/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.

**IX. 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/Pan 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

WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW / DOKUMENTÓW

- | |
|---|
| 1. Kopia orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność. |
| 2. Oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki (w przypadku osoby niepełnosprawnej uczącej się i niepracującej, w wieku od 16 do 24 lat) |
| 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. |