

Nr sprawy: DR/615.../...../.....

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH**

(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 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 dniu

nr repertorium²

¹ Niepotrzebne skreślić

² Wypełnić tylko w wypadku udzielenia pełnomocnictwa notarialnego

III. PRZEDMIOT I CEL DOFINANSOWANIA

WNOSKUJĘ O DOFINANSOWANIE DO ZAKUPU³:

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 FUNKCJONOWANIE W OTOCZENIU, 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 I JEGO RODZINY

l.p.	nr umowy	data zawarcia umowy	cel dofinansowania	kwota	stan rozliczenia	stopień pokrewieństwa
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)	%

³ Proszę wymienić nazwy wnioskowanych przedmiotów/urządzeń

KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON:

cyframi:

słownie:

.....

VIII. UZASADNIENIE WNIOSKU

(należy wpisać występujące ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu i podać w jaki sposób posiadanie wnioskowanego sprzętu/usługi ułatwi codzienne funkcjonowanie)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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

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 technicznych z innych źródeł (np. od sponsora, fundacji, spółdzielni mieszkaniowej):

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

.....

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 fałszywego oświadczenia.
- 4) Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami udzielania pomocy w ramach zadania – procedura MOPS 39, w szczególności z informacją, że **dofinansowanie nie obejmuje refundacji kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.**
- 5) 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.
- 6) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontroli w miejscu realizacji zadania oraz sporządzenie dokumentacji fotograficznej.
- 7) Oświadczam, że w okresie 3 lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałam/tem dofinansowania w ramach zadania likwidacja barier technicznych oraz programu Aktywny Samorząd. Dofinansowanie likwidacji barier technicznych nie przysługuje osobom, które w ciągu trzech przed złożeniem wniosku uzyskały dofinansowanie w ramach przedmiotowego zadania.

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).
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne.
9. Konsekwencją niepodania przez Panią/Pana danych osobowych będzie brak możliwości przyznania dofinansowania

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

WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW	ZAŁĄCZONO TAK/NIE
1. Kopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność.	
2. Oferta cenowa lub faktura pro forma na zakup urządzeń wystawiona na wnioskodawcę	
3. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.	