

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

ROLA WNIOSKODAWCY

Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Wpisać numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe: indywidualne wspólne

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

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON: nie korzystałem korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**PRZEDMIOT WNIOSKU**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
<i>Przedmiot wniosku, przeznaczenie, dofinansowania:</i>	
Przewidywany koszt realizacji zadania w zł (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania z środków PFRON w zł – maksymalnie do 95%:	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne w zł:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania (uzasadnienie, krótki opis):	

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	Suwałki, ul.
Termin rozpoczęcia:	IV V VI VII VIII IX X XI XII
Przewidywany czas realizacji:	

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania (kwota i zakres):

.....

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

* „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

Miejscowość	Data	czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika
2024 r.	

Decyzja pozytywna: kwota dofinansowania	
Decyzja negatywna:	
Podpisy pracowników	Akceptacja Dyrektora

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

<input type="checkbox"/>	kopia orzeczenia, o którym mowa w art.1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych /oryginał do wglądu/
<input type="checkbox"/>	aktualne zaświadczenie lekarskie wg wzoru określonego przez MOPR w Suwałkach /dot. likwidacji barier architektonicznych/technicznych, wystawione nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku/
<input type="checkbox"/>	kopia dokumentu stanowiącego podstawę prawną do zamieszkania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (np. akt własności, umowa najmu, zgoda właściciela lokalu, itp.) /oryginał do wglądu/
<input type="checkbox"/>	zaświadczenie o pobieraniu nauki, zatrudnieniu lub rejestracji w PUP (dot. likwidacji barier w komunikowaniu się)
<input type="checkbox"/>	zaświadczenie lekarskie stwierdzające poziom ubytku słuchu (w decybelach) u dzieci i młodzieży do 16-go roku życia /dot. likwidacji barier w komunikowaniu się, wystawione nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku/
<input type="checkbox"/>	zaświadczenie lekarskie w przypadku osób z dysfunkcją narządu mowy, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia, potwierdzające że schorzenie jest konsekwencją nie mówienia /dot. likwidacji barier w komunikowaniu się, wystawione nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku/
<input type="checkbox"/>	oferta cenowa przedmiotu dofinansowania /dot. likwidacji barier technicznych oraz w komunikowaniu się/
<input type="checkbox"/>	informacja o innych źródłach finansowania zadania -o ile dotyczy
<input type="checkbox"/>	dokument potwierdzający prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej – o ile dotyczy /oryginał do wglądu/
<input type="checkbox"/>	inne dokumenty (wymienić jakie):

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE L 119/1, 4/5/2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie** z siedzibą w **Suwałkach** przy **ul. Filipowska 20** tel.: **87/5628970**, adres e-mail: biuro@mopr.suwalki.pl
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych – kontakt: adres e-mail: iod@mopr.suwalki.pl
3. Cel przetwarzania danych: **postępowanie w sprawie realizacji dofinansowania likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w formie papierowej i elektronicznej w MOPR w Suwałkach oraz mogą być pozyskiwane i weryfikowane za pośrednictwem dostępnych Systemów Informatycznych. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji
5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
 - a) instytucje świadczące usługi pocztowe
 - b) inne organy administracji publicznej, w ramach realizacji swoich zadań, które zwrócą się do nas o przekazanie Pani/Pana danych osobowych, w oparciu o obowiązujące przepisy prawa
 - c) organy publiczne, które mogą otrzymywać Pani/Pana dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, nie są uznawane za odbiorców
6. Podstawą do przetwarzania danych osobowych jest:
 - a) art. 6 ust.1 lit.c RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z realizacją świadczeń
 - b) art. 9 ust. 2 lit. b RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, lub porozumieniem zbiorowym na mocy prawa państwa członkowskiego przewidującymi odpowiednie zabezpieczenia praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą
 - c) art. 35a ust.1 pkt 7 lit. c ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji celów oraz w formie archiwalnej:
 - a) akta osób korzystających z zadania przez okres 5 lat po realizacji zadania
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia po okresie archiwizacji, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem
9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkuje uzyskanie świadczeń zgodnie ze złożonym wnioskiem. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją nie podania danych osobowych będzie odmowa przyznania świadczeń.

..... . 2024 r.

data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika