



Data wpływu:
Nr sprawy:

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usług tłumacza języka migowego/tłumacza przewodnika

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Imię ojca:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

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

II. DANE PODOPIECZNEGO

Nie dotyczy

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Imię ojca:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

DANE ADRESOWE

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

 Przedstawicielem ustawowym Opiekunem prawnym:

Nazwa pola	Wartość
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	
Z dnia:	
Repetitorium nr:	

III. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
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
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
 - Inna dysfunkcja narządu ruchu
 - Dysfunkcja narządu wzroku
 - Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
 - Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
 - Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
 - Inny / jaki?
-

IV. SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy

Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy

Dzieci i młodzież do lat 18

Inne / jakie?

.....

V. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w ciągu 3 ostatnich lat:

tak nie

VI. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANÝCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. CEL DOFINANSOWANIA

Nazwa pola	Wartość
Rodzaj dofinansowania:	
Cel dofinansowania (uzasadnienie składanego wniosku):	

II. KOSZTY REALIZACJI

Nazwa pola	Wartość
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Liczba godzin:	
Cena za godzinę:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	

III. MIEJSCE I CZAS REALIZACJI ZADANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejsce realizacji:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

IV. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

W kasie

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

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:

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że:

- dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni,
- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- nie ubiegam się i nie będę ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON na terenie innego samorządu powiatowego,
- zapoznałem/am się i akceptuję zasady i warunki przyznawania dofinansowania.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Nazwa pola	Wartość
Przyznano kwotę dofinansowania w wysokości: Słownie: Umowa nr: Z dnia:	
<i>Podpis i pieczęćka Dyrektora</i>	

Część D – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

1. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Oświadczam, że mam / nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz byłem/byłam / nie byłem/nie byłam w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie z Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych, mojego dziecka / podopiecznego w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1182).
4. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

Miejscowość	Data	Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność
2.	Aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu (załącznik nr 2)
3.	Oferta na wykonanie usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika.
4.	Potwierdzenie posiadania przez tłumacza języka migowego wpisu do rejestru Wojewody
5.	Klauzula informacyjna (załącznik nr 1)

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach z siedzibą przy ul. Studziennej 2, 25-544 Kielce, danych osobowych w celu uzyskania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **TAK NIE*** oraz późniejszych kontaktów w przedmiotowej sprawie **TAK NIE*** (*właściwe podkreślić).

Podpis:.....

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach ul. Studzienna 2, 25-544 Kielce.
2. Z Administratorem można kontaktować się za pośrednictwem poczty elektronicznej email lub pisemnie na adres siedziby Administratora.
3. Funkcję Inspektora ochrony danych pełni Pan Andrzej Mistal, adres email **iod@mopr.kielce.pl**
Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych.
4. Dane osobowe będą przetwarzane w celu i w zakresie określonym w obowiązujących przepisach prawa, zawartych umowach, udzielonej zgodzie oraz regulaminie organizacyjnym Administratora. Dane osobowe przetwarzane będą ręcznie (dokumentacja papierowa) oraz automatycznie (system informatyczny).
5. Dane osobowe Pani/Pana przetwarzane będą przez okres niezbędny do realizacji celu, dla którego zostały pozyskane a po tym czasie przez okres i w zakresie jaki przewidują przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
6. Administrator udostępnia dane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz w przypadku zawarcia dodatkowych ustaleń w tym zakresie z Panią/Panem.
7. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące prawa:
 - prawo dostępu do danych osobowych, - prawo do sprostowania danych w przypadku przetwarzania danych błędnych lub niekompletnych,
 - prawo do usunięcia danych („prawo do bycia zapomnianym”) w przypadku przetwarzania danych niezgodnego z prawem, lub osoba, której dane były przetwarzane cofnęła zgodę i nie ma innej postawy prawnej do ich przetwarzania,
 - prawo do ograniczenia przetwarzania,
 - prawo do przenoszenia danych w przypadku, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie udzielonej zgody,
 - prawo do sprzeciwu. Państwa prawa będą realizowane zgodnie z obowiązującymi Administratora przepisami prawa, do którego przestrzegania jest zobowiązany.

8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia. Kontakt z organem nadzorczym zajmującym się ochroną danych osobowych na terenie Polski: <https://uodo.gov.pl/pl/p/kontakt>

9. W przypadku przetwarzania danych osobowych przez Administratora na podstawie udzielonej zgody, podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Przysługuje Pani/Panu prawo cofnięcia zgody w każdym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

10. Administrator nie przekazuje żadnych danych osobowych poza teren Polski/UE/Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

11. Administrator nie przetwarza danych osobowych do żadnych innych celów niż te co zostały określone w obowiązujących go przepisach prawa i do których został upoważniony. Nie wykorzystuje danych osobowych w celach marketingowych, nie przeprowadza również tzw. profilowania.

12. Administrator dokłada wszelkich starań, aby przetwarzane dane osobowe były bezpieczne. W tym celu stosowane są rozwiązania techniczne i organizacyjne, które mają za zadanie zabezpieczenie danych osobowych, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami i standardami.

Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie- inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: nr kodu, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Mając na uwadze powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (*o ile dotyczy – niepotrzebne skreślić*):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

Kielce, dnia.....

Podpis:

.....
 (pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
 lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
 wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Kielcach

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	
Zamieszkały/zamieszkała:	
PESEL:	
Pacjent posiada schorzenia lub dysfunkcje:	<input type="checkbox"/> słuchu <input type="checkbox"/> mowy <input type="checkbox"/> inne (jakie)
Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub usług tłumacza przewodnika:	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak – uzasadnienie: