

...../20...../.....
Numer wniosku

.....
Data wpływu kompletnego wniosku
(dzień, miesiąc, rok podpis przyjmującego)

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy, ul. Ogrodowa 9
Dział Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
LIKWIDACJI BARIER**

W KOMUNIKOWANIU SIĘ I TECHNICZNYCH

Wniosek dotyczy: osoby dorosłej dziecka

Uwaga! Wniosek należy wypełnić drukowanymi literami. Przed jego wypełnieniem proszę zapoznać się z Informacją Dla Ubiegających się o Dofinansowanie

I. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej (wypełnić drukowanymi literami)

1. Imię Nazwisko i adres zamieszkania Wnioskodawcy:

Bydgoszcz			-			
Miejscowość	Kod pocztowy		Ulica, nr domu / mieszkania			
Nr tel.: kierunkowy:				tel.:		e-mail:
Nr PESEL*			Nr identyfikacyjny NIP*			
Nr dowodu osobistego, wydany przez, w dniu						

2. Dane przedstawiciela ustawowego (wypełnić, jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej) opiekuna lub pełnomocnika

Imię i nazwisko:						
			-			
Miejscowość	Kod pocztowy		Ulica, nr domu / mieszkania			
Nr tel.: kierunkowy:				tel.:		e-mail:
Nr PESEL*			Nr identyfikacyjny NIP*			
Nr dowodu osobistego, wydany przez, w dniu						

*Ustanowiony opiekunem** / pełnomocnikiem** na podstawie (podać: postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia - sygnatura akt** / na mocy pełnomocnictwa powierzonego przez Notariusza z dnia*

II. Cel dofinansowania – wnioskuję o dofinansowanie do zakupu (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

- 1)
- 2)
- 3)

III. Schorzenia utrudniające komunikowanie się z otoczeniem lub wykonywanie codziennych podstawowych czynności wynikające z orzeczenia o niepełnosprawności lub udokumentowane zaświadczeniem lekarski:

1. dysfunkcji narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. innej dysfunkcja narządów ruchu	
3. dysfunkcji narządów wzroku	
4. dysfunkcji narządów słuchu i mowy	
5. deficytu rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. z ogólnego stanu zdrowia	

IV. Stopień niepełnosprawności

V. Sytuacja zawodowa **

1. aktywny zawodowo – zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą	
2. młodzież od 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym lub studiującą	
3. bezrobotny poszukujący pracy / rencista poszukujący pracy	
4. rencista / emeryt niezainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

VI. Osoby zamieszkujące wspólnie z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Wiek	St. niepełnosprawności
Wnioskodawca			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

VII. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło: PFRON; WOZiRON, MOPS

Oświadczam, że nie mam / mam** zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie. W ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku otrzymałem(łam), odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu **TAK / NIE****

VIII. Nazwa Banku oraz nr rachunku bankowego Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego

.....

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

- IX. Uzasadnienie składanego wniosku:**
-
-
-
- X. Łączny koszt realizacji zadania zł:**
- Słownie: zł
- XI. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł (do 95%):** zł
- Słownie: zł
- XII. Miejsce realizacji przedsięwzięcia**
- XIII. Oświadczam, że posiadam środki własne na realizację przedsięwzięcia w kwocie**
- zł
- XIV. Termin rozpoczęcia i czas realizacji przedsięwzięcia**
- XV. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.– Kodeks Karny (Dz. U. z 2019 r. poz 1950 t.j. z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**
- 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. – art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. KK.**
- XVI. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym składany jest wniosek. Podać źródła dotychczasowego finansowania zadania**
-
- XVII. Oświadczam, że zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) (dane osobowe zwykłe) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) (danie szczególnej kategorii) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się i/lub technicznych. **TAK / NIE******
- XVIII. Oświadczam, że zostałam/łem poinformowany, że:**
- rozpatrzenie wniosku nastąpi – po określeniu limitu środków PFRON przez Radę Miasta Bydgoszczy w roku 20.....,
 - otrzymałem informację dla osób ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych.
- XIX. Dofinansowanie udzielane jest na podstawie umowy cywilno–prawnej, nie jest to decyzja administracyjna w myśl art. 104 Kpa i nie przysługują od niej środki odwoławcze przewidziane przepisami kodeksu postępowania administracyjnego.**

.....

(data i podpis Wnioskodawcy,
Przedstawiciela ustawowego**,
Opiekuna Prawnego**, Pełnomocnika**)

*w przypadku ich nadania

** niepotrzebne skreślić

Informacja dla ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych.

1. O dofinansowanie ze środków Funduszu na likwidację barier w tym zakresie się mogą ubiegać się osoby, które posiadają trudności w komunikowaniu się z otoczeniem lub wykonywaniu codziennych podstawowych czynności wynikające z orzeczenia o niepełnosprawności i udokumentowane zaświadczeniem lekarskim.
2. **Wysokość dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych wynosi do 80% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia ogłaszanego przez Prezesa GUS.**
3. Dofinansowanie ze środków Funduszu na likwidację barier nie przysługuje, jeżeli:
 - a. ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu;
 - b. w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku osoba ubiegająca się o dofinansowanie uzyskała odpowiednio na ten cel dofinansowanie ze środków Funduszu;
 - c. koszty realizacji przedsięwzięcia związanego z likwidacją barier zostały poniesione przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 t.j. z późn. zm.).
2. Rozporządzenie 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 (Dz. U. z 2015 r. poz. 926 t.j. z późn. zm.).

Wymagane załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia (oryginał do wglądu), potwierdzającego niepełnosprawność.
2. Kopia dokumentu potwierdzającego zameldowanie np. dowód osobisty (oryginał do wglądu).
3. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (oryginał do wglądu).
4. Aktualne zaświadczenie/ zaświadczenia lekarskie, wystawione czytelnie i w języku polskim zawierające informację o rodzaju posiadanych schorzeń utrudniających komunikowanie się, wraz z opisem funkcjonalnym.
5. Oferty cenowe od sprzedawcy (dotyczy zakupu sprzętu).
6. Pisemna informacja o innych źródłach finansowania zadania (np. oświadczenie sponsora).
7. W przypadku, gdy Wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy załączyć odpowiednio kserokopię uwierzytelnionego pełnomocnictwa lub postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu).
8. Oświadczenie o dochodach sporządzone wg załącznika do wniosku.

Klauzula Informacyjna

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia 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 z 04.05.2016 r.) zwane ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych RODO informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Bydgoszczy ul. Ogrodowa 9.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy możliwy jest pod adresem email: iod@mopsbydgoszcz.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO w celu realizacji zadań wynikających z:
 - ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych
- 4) kategoria danych osobowych: dane osobowe zwykłe / dane szczególnych kategorii
- 5) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 6) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą u Administratora zgodnie z Zarządzeniem Nr 66/2014 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy z dnia 18 grudnia 2014 r. w sprawie wprowadzenia Instrukcji Kancelaryjnej, Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt i Instrukcji Archiwalnej dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy z późn. zm.
- 7) posiada Pani/Pan prawo do: żądania od Administratora dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.
- 8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało wezwaniem do ich uzupełnienia, a w przypadku nieuzupełnienia pozostawieniem wniosku bez rozpoznania.
- 10) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego, ani do organizacji międzynarodowej.
- 11) Przetwarzanie Pani/Pana danych nie będzie podlegało zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.