

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W SOSNOWCU

Data wpływu
Przyjął

Nr sprawy:
ZRS.5402.3.....202.....

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych

1. Informacje o Wnioskodawcy

DANE WNIOSKODAWCY (osoba z niepełnosprawnością) imię i nazwisko PESEL	DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (dla małoletniego wnioskodawcy), OPIEKUNA PRAWNEGO (wyrok sądu), PEŁNOMOCNIKA (pełnomocnictwo notarialne) imię i nazwisko PESEL
ADRES ZAMIESZKANIA SOSNOWIEC..... kod pocztowy ulica, nr domu i mieszkania	ADRES KORESPONDENCYJNY (WPISUJE SIĘ, JEŻELI JEST INNY OD ADRESU ZAMIESZKANIA) miejscowość i kod pocztowy ulica, nr domu i mieszkania
INFORMACJE O POSIADANEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI *	
<input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności/całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji/I grupa inwalidzka	
<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności/całkowita niezdolność do pracy/II grupa inwalidzka	
<input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności/ częściowa niezdolność do pracy/ III grupa Inwalidzka	
<input type="checkbox"/> osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności	
Ważność orzeczenia * <input type="checkbox"/> stała <input type="checkbox"/> okresowa do	
*) właściwe zakreślić znakiem X	
Rodzaj niepełnosprawności *:	
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu	<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu – osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu
<input type="checkbox"/> inna dysfunkcja	
*) właściwe zaznaczyć	

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz turnusy rehabilitacyjne

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
Cel dofinansowania	Nr i data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

3. Informacje statusie zawodowym Wnioskodawcy

zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą
 osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
 rencista/emeryt
 dzieci i młodzież do lat 18
 *) właściwe zaznaczyć

4. Sytuacja mieszkaniowa Wnioskodawcy

a) Informacja o zamieszkiwaniu Wnioskodawcy: *
 samotnie
 z innymi osobami
 *) właściwe zaznaczyć

5. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy

Oświadczam, że prowadzę: indywidualne wspólne osobowe gospodarstwo domowe składające się zosób
 Miesięczny dochód netto wraz z osobami wspólnie prowadzącymi gospodarstwo domowe wynosi..... zł
na 1 osobę.

13. Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych informujemy, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Sosnowcu przy ul. 3 Maja 33, e-mail: kancelaria@mopssosnowiec.pl;
1. w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Sosnowcu wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych:
 - w siedzibie MOPS w Sosnowcu przy ul. 3 Maja 33,
 - kierując pisma na adres administratora,
 - kierując pisma na elektroniczną skrytkę podawczą /MOPSSosnowiec/SkrytkaESP,
 - kierując pisma na adres do e-Doręczeń AE:PL-64511-87131-FWVRC-14.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznania dofinansowania zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa (art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), a także gdy przetwarzanie będzie niezbędne do wypełnienia obowiązków przez administratora w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej (art. 9 ust. 2 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych);
3. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane następującym odbiorcom danych: podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa w tym PFRON – al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa oraz innym podmiotom wspierającym działalność administratora takim jak np. Poczta Polska, podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW na zlecenie PFRON.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt Ośrodka, tj. do zakończenia okresu ich archiwizacji;
5. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania oraz prawo do usunięcia danych po zakończeniu okresu ich przetwarzania;
6. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy o ochronie danych osobowych;
7. podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiem osób niepełnosprawnych, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie nierozpatrzenie wniosku;
8. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również w formie profilowania oraz nie będą przekazane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Weryfikacja wniosku: pozytywna negatywna

.....
data i podpis pracownika MOPS

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu w celu ubiegania się przez osobę niepełnosprawną
o dofinansowanie likwidacji barier technicznych**

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko wnioskodawcy

Data urodzenia

Miejsce zamieszkania

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

dysfunkcji narządu ruchu, dysfunkcji narządu wzroku, dysfunkcji narządu słuchu, osoba leżąca (większą część dnia spędzająca w łóżku)

innej dysfunkcji

2. Charakterystyka posiadanej niepełnosprawności:

.....
.....
.....

3. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:

Wyżej wymieniony pacjent na moment wystawienia niniejszego zaświadczenia używa następujących przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych:

.....
.....
.....

(wyszczególnienie)

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza