

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W SOSNOWCU

Data wpływu
Przyjął

Nr sprawy:
ZRS.5402.2.....202.....

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się

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
Nr telefonu	Nr telefonu
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 w komunikowaniu się**

(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:

A) dysfunkcji narządu ruchu tj. osoba leżąca osoba poruszająca się przy pomocy wózka inwalidzkiego
 inne.....

B) dysfunkcji narządu wzroku tj. osoba niewidoma osoba niedowidząca osoba ociemniała
 inne.....

C) dysfunkcji narządu słuchu tj. osoba głuchoniema osoba użytkująca aparaty słuchowe

D) dysfunkcja głosu dysfunkcja mowy

E) innej dysfunkcji*

2. Charakterystyka posiadanej niepełnosprawności:

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

3. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:

Wyżej wymieniony pacjent w chwili obecnej używa następujących przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych:

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

(wyszczególnienie)

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza