

W N I O S E K

*o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier w komunikowaniu się*

Wnioskodawca – osoba niepełnosprawna

..... **PESEL**

(imię i nazwisko)

26 – 600 Radom, ul. nr tel.:

(adres zamieszkania)

(w przypadku osoby małoletniej lub osoby ubezwłasnowolnionej lub osoby posiadającej pełnomocnika) reprezentowanego przez :

..... **PESEL:**

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/pełnomocnika)

Przedmiot dofinansowania:

Nazwa banku i numer rachunku bankowego :

.....

.....

□ □ – □ □ □ □ – □ □ □ □ – □ □ □ □ – □ □ □ □ – □ □ □ □ – □ □ □ □

Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania

Przewidywany koszt realizacji zadania

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

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

Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania

Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków PFRON z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON zł
(słownie)

Uzasadnienie wniosku:

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

Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek niezgodności ze złożonym oświadczeniem zobowiązuję się do zwrotu przyznanego dofinansowania.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy* lub w imieniu wnioskodawcy
przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy* lub w imieniu wnioskodawcy
przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie została ze mną rozwiązana umowa zawarta z PFRON z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy* lub w imieniu wnioskodawcy
przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

Oświadczam, że nie korzystałem/korzystałam* z dofinansowania z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku ze środków PFRON.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy* lub w imieniu wnioskodawcy
przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż dofinansowaniu nie podlegają koszty realizacji zadania poniesione przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu. Wszelkie zakupy można rozpocząć dopiero po podpisaniu umowy.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy* lub w imieniu wnioskodawcy
przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

* niepotrzebne skreślić

Do wniosku należy dołączyć :

1. Kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopię wypisu z treści orzeczenia lub w przypadku dziecka kopii orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
2. Zaświadczenie lekarskie w przypadku orzeczenia o niepełnosprawności z ogólnego stanu zdrowia (wystawione przez specjalistę właściwego ze względu na posiadane przez osobę niepełnosprawną schorzenie – określające rodzaj schorzenia).
3. Wypełnioną i podpisaną Klauzulę Informacyjną (RODO),

W przypadku składania wniosku przez pełnomocnika/opiekuna prawnego należy dołączyć kopię dokumentu upoważniającego do działania w imieniu wnioskodawcy – (oryginał do wglądu).

KLAUZULA INFORMACYJNA dla osoby uczestniczącej w postępowaniu dot. realizacji wniosku o przyznanie środków PFRON

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- a) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Radomiu z siedzibą przy ul. Limanowskiego 134, 26-600 Radom, zwany dalej „Administratorem”. Obowiązki Administratora danych osobowych przetwarzanych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Radomiu wykonuje Dyrektor MOPS;
- b) może Pani/Pan skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Radomiu, ul. Limanowskiego 134, 26-600 Radom, lub na adres e-mailowy: sekretariat@mops.radom.pl; Może Pani/Pan skontaktować się z administratorem za pośrednictwem powołanego przez Administratora inspektora ochrony danych pisząc na adres: Inspektor Ochrony Danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Radomiu, ul. Limanowskiego 134, 26-600 Radom lub adres e-mailowy: iod@mops.radom.pl;
- c) Administrator będzie przetwarzać Pani/Pana dane w celu realizacji wniosku o przyznanie środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie ustawy z dnia 27.08.1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych a podstawą prawną przetwarzania jest :
 - art 6 ust 1 lit.c RODO tj przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
 - art 9 ust2 lit.b RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełniania obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez Administratora lub osobę, której dane dotyczą w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej;
- d) Odbiorcami Pani/Pana danych są także upoważnieni pracownicy Administratora, podmioty którym należy udostępnić dane osobowe w celu wykonywania obowiązku prawnego, a także podmioty przetwarzające dane osobowe w imieniu Administratora tj. podmiot serwisujący programy księgowe u Administratora, podmiot serwisujący i oddający w dzierżawę Administratorowi urządzenia wielofunkcyjne, podmiot świadczący na rzecz Administratora usługę niszczenia dokumentacji spraw zakończonych dla których minął ustawowy okres przechowywania, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ;
- e) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat i 6 miesięcy, licząc od 1 stycznia następnego roku po ostatecznym załatwieniu sprawy;
- f) w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosownie do art. 22 RODO;
- g) posiada Pani/Pan:
 - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
 - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
 - usunięcia swoich danych osobowych w przypadkach i na zasadach określonych w art. 17 RODO;
 - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskie);
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy Pan/Pani uzna, że przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy RODO;
- h) obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- i) nie przysługuje Pani/Panu:
 - prawo do przenoszenia danych osobowych, o których mowa w art. 20 RODO,
 - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit.c i art 9 ust 2 lit.b RODO.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ DOTYCZĄCĄ PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH i otrzymałam/am egzemplarz niniejszej klauzuli.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)