

Nr sprawy: DR.613....../...../.....

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH**
(dotyczy osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Kraków)

Procedura dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
dostępna jest na stronie internetowej www.mops.krakow.pl.

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

.....
imię (imiona) i nazwisko

seria nr wydany w dniu przez.....
dowód osobisty

nr PESEL miejscowość.....

Adres zamieszkania: ul. nr domu nr lokalu.....

nr kodu pocztanr tel. kontaktowego

Adres zameldowania: ul. nr domu nr lokalu.....

nr kodu poczta

**II. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO
WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA**

.....syn/córka
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESELmiejscowość

ulicanr domunr lokalu
dokładny adres

nr kodu poczta powiat

województwo:..... nr tel. kontaktowego

Opiekun prawny - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia

Sygnatura akt.....

Pełnomocnik - na mocy pełnomocnictwa poświadczanego przez notariusza z dnia
nr repertorium

III. POSIADANE PRZEZ WNIOSKODAWCĘ ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

.....
Proszę wpisać rodzaj posiadanego orzeczenia

IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA WNIOSKODAWCY

1. osoba samotna	
2. osoba zamieszkująca samotnie	
3. osoba zamieszkująca z rodziną	
4. osoba zamieszkująca z osobami nie spokrewnionymi	
5. osoba samotna objęta pomocą w formie usług opiekuńczych: - instytucjonalna* - sąsiedzka*	

V. OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

1. budynek jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*, inne*
 2. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (proszę podać kondygnację).....
 3. przybliżony wiek budynku lub rok budowy
- * niewłaściwe skreślić

VI. PRZEDMIOT I CEL DOFINANSOWANIA

WNIOSKUJĘ O DOFINANSOWANIE (proszę podać wykaz planowanych robót/zakupów):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CEL DOFINANSOWANIA (proszę wskazać w jaki sposób realizacja zadania ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności):

.....

VII. MIEJSCE REALIZACJI, TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI

.....
(proszę podać adres)

.....
(proszę podać termin rozpoczęcia i czas realizacji)

VIII. KOSZT ZADANIA I KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA

Przewidywany łączny koszt zadania:

Kwota wnioskowanego dofinansowania (nie więcej niż 95% wartości):

IX. INFORMACJA O OGÓLNEJ WARTOŚCI DOTYCHCZAS PONIESIONYCH NAKŁADÓW PRZEZ WNIOSKODAWCĘ NA REALIZACJĘ ZADANIA

(proszę podać kwotę poniesionych przez wnioskodawcę nakładów na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek oraz dotychczasowe źródła finansowania lub proszę wpisać „nie dotyczy”)

Wartość:

Źródła finansowania:

X. INFORMACJA O INNYCH ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA ZADANIA

(proszę podać czy uzyskała Pani/Pan dodatkowe środki na likwidację barier architektonicznych z innych źródeł (np. od sponsora, fundacji, spółdzielni mieszkaniowej).

Wartość:

Źródła finansowania:

XI. OŚWIADCZENIA

1) Oświadczam, że jestem mieszkańcem Gminy Miejskiej Kraków.

Stale zamieszkuję przy ul.nr domu nr lokalu.....

Wskazany wyżej adres stałego zamieszkania stanowi moje centrum życiowe.

2) Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł:

..... zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym łącznie z wnioskodawcą wynosi:

3) Uzyskałam/em dofinansowanie ze środków PFRON, w tym za pośrednictwem Oddziału PFRON (jeżeli TAK, proszę podać nr zawartej umowy, cel, datę przyznania dofinansowania oraz stan rozliczenia – w przeciwnym wypadku proszę wpisać “Nie uzyskałam żadnego dofinansowania ze środków PFRON”).

.....
.....

4) Uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1,2 i 3 kodeksu karnego za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

5) Oświadczam, że zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach zadania – procedura MOPS 37.

- 6) Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(em) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- 7) Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej i kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalanie przebiegu wizji i kontroli (m.in. sporządzenie nagrań, fotografii lub filmów).
- 8) Oświadczam, że nie poniosłam/em żadnych kosztów realizacji zadania (zakup materiałów, rozpoczęcie prac itp.) przed dniem złożenia wniosku oraz nie poniosę ich do dnia zawarcia umowy z MOPS w Krakowie.
- 9) Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie wymaganego udziału własnego na realizację dofinansowanego przedsięwzięcia.

XII. KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W KRAKOWIE

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ul. Józefińskiej 14, 30-529 Kraków, jako administrator Pani/Pana danych osobowych na podst. art. 13 rozporządzenia nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27.04.2016 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 (zwanego dalej RODO) informuje, że:

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznania dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z § 11 ust. 1 rozporządzenia 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.
2. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym kategoriom odbiorców danych (w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO):
 - 1) podmioty świadczące asystę techniczną oprogramowania służącego do obsługi zadań PFRON,
 - 2) podmioty świadczące profesjonalne usługi niszczenia dokumentacji archiwalnej.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od rozpatrzenia wniosku, licząc od 1 stycznia roku następującego po roku, w którym Pani/Pan wniosek został rozpatrzony, z zastrzeżeniem pkt 4.
4. W przypadku zakwalifikowania Pani/Pana dokumentacji decyzją Dyrektora Archiwum Narodowego w Krakowie do kategorii archiwalnej „A”, Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej przez okres 25 lat, liczony analogicznie, jak w pkt 3, a następnie zostaną przekazane do Archiwum Narodowego.
5. W zakresie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Ma Pani/Pan prawo do żądania od Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie:
 - 1) dostępu do swoich danych osobowych (na zasadach określonych w art. 15 RODO);
 - 2) sprostowania Pani/Pana danych osobowych (na zasadach określonych w art. 16 RODO).
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne.
9. Konsekwencją niepodania przez Panią/Pana danych osobowych będzie brak możliwości przyznania dofinansowania.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych:

Inspektor Ochrony Danych, ul. Józefińska 14, 30-529 Kraków lub iod@mops.krakow.pl.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z powyższymi informacjami zawartymi we wniosku.

.....
data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna
prawnego/pełnomocnika/przedstawiciela
ustawowego osoby niepełnosprawnej

XIII. WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS

WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW / DOKUMENTÓW	Załączono tak/nie
1. Kopia orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu).	
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza pod opieką, którego znajduje się osoba niepełnosprawna potwierdzające, iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia o niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu (nie dotyczy osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie, z symbolem przyczyny niepełnosprawności 05-R)	
3. Kopia (oryginały do wglądu) orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą oraz zgoda na przetwarzanie danych osobowych tych osób.	
4. Kopia (oryginał do wglądu) aktualnego dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (np.: akt notarialny, przydział lokalu).	
5. Pisemna zgoda właściciela/właścicieli budynku/lokalu na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie, ze szczególnym uwzględnieniem wyrażenia zgody na wolna przestrzeń kąpielową z odpływem liniowym oraz wspornikiem kotary z kotarą.	
6. Kopia (oryginał do wglądu) pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.	

Dokumenty wymienione w pkt. 1, 3, 6 wniosku nie będą wymagane w przypadku gdy wynikające z nich fakty lub stan prawny są znane organowi z urzędu lub są możliwe do ustalenia w oparciu o bazę danych Ośrodka lub dokumenty urzędowe przedstawione uprzednio przez wnioskodawcę.

.....
data, podpis i pieczęć pracownika MOPS