

5. Sytuacja rodzinna*

- samotne gospodarstwo domowe
- wspólne gospodarstwo domowe
- inne osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym

6. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania *(proszę uzasadnić wniosek):*

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

7. Przewidywany łączny koszt realizacji zadania:.....

(kwota brutto z faktury pro-forma)

8. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: zł,

słownie:.....

9. Przewidywany termin rozpoczęcia zadania:.....,

przewidywany czas realizacji zadania:

10. 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 dofinansowania

.....
.....

11. Informacja o innych źródłach finansowania zadania, potwierdzona odpowiednimi dokumentami:

.....
.....

12. Czy obecnie osoba niepełnosprawna jest w posiadaniu sprzętu będącego przedmiotem niniejszego wniosku?*

TAK

Proszę podać datę zakupu obecnie użytkowanego sprzętu, jego rodzaj oraz dodatkowo uzasadnić konieczność zakupu nowego sprzętu:

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

NIE

13. Korzystanie ze środków finansowych PFRON

| Cel -nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu celowego, w ramach którego przyznana została pomoc | Nr i data zawarcia umowy | Kwota przyznana | Termin rozliczenia | Kwota rozliczona |
|---|--------------------------|-----------------|-------------------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | Razem kwota przyznana: | | Razem kwota rozliczona: | |

14. OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Oświadczam, że przeciętny **miesięczny dochód** rodziny, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku** wynosił zł.

OŚWIADCZAM, ŻE

1. Powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Katowicach o zmianach mających wpływ na przyznanie dofinansowania po złożeniu wniosku.
2. Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Przyjmuję do wiadomości, że prawidłowo zaadresowana tj.: zgodnie z adresem podanym we wniosku korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznana będzie zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, za doręczoną.
4. Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku do dofinansowania nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach przedmiotowego zadania.

Informujemy, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Katowicach z siedzibą przy ulicy Wita Stwosza 7 w Katowicach, tel :32 606 18 59, e-mail: kancelaria@mops.katowice.pl,
- we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pana/Pani danych osobowych można kontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Katowicach : adres e-mail: ochronadanych@mops.katowice.pl, tel: 32 606 18 85, adres skrytki ePUAP: /f7s0tdv03y/skrytka,
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz w celach archiwalnych na podstawie Ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach,

- przetwarzanie danych następuje na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rozporządzeń wykonawczych do przedmiotowej ustawy oraz programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych,
- dane nie będą udostępniane innym odbiorcom, za wyjątkiem przypadków, kiedy obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa. Mogą być jednak przekazywane innym podmiotom zapewniającym obsługę administracyjną, prawną, techniczną, informatyczną, transportową MOPS na podstawie zawartych umów powierzenia. Podmioty te nie będą uprawnione do przetwarzania danych we własnych celach,
- dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt zatwierdzonym przez Archiwum Państwowe,
- posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza obowiązujące przepisy prawne,
- podanie danych osobowych jest obowiązkowe. Odmowa podania danych będzie skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku.

Szczegółowe informacje i wyjaśnienia dostępne na stronie MOPS Katowice (www.mops.katowice.pl).

.....
*podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego,
 pełnomocnika osoby niepełnosprawnej*

*do wyboru

Załączniki do wniosku:

- 1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r, o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,**
- 2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu,**
- 3. Faktura pro-forma lub kosztorys na wnioskowany przedmiot dofinansowania,**
- 4. Inne dokumenty niezbędne w tym oświadczenia niezbędne do rozpatrzenia wniosku.**

UWAGA

- Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zostanie rozpatrzony po określeniu przez Radę Miasta Katowice limitu środków finansowych przypadających w danym roku kalendarzowym na realizację zadań z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej,
- Kwota dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia (w przypadku ograniczonych środków finansowych procent dofinansowania może ulec zmniejszeniu)
- Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
- Realizacja dofinansowania jest zależna od opłacenia udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.

Dochód należy wyliczyć w oparciu o przepisy o świadczeniach rodzinnych - art. 3 pkt. 1(dochód pomniejszony o należny podatek dochodowy, składki na ubezpieczenie społeczne oraz zdrowotne). Nie wliczamy: świadczeń rodzinnych i opiekuńczych wypłaconych na podstawie przepisów

o świadczeniach rodzinnych (za wyjątkiem świadczenia rodzicielskiego), zasiłków i dodatków pielęgnacyjnych, świadczenia wychowawczego(500 plus), dodatków mieszkaniowych, ryczałtu na zakup opału, zryczałtowanego dodatku energetycznego oraz świadczeń z pomocy społecznej.

Adnotacje przyjmującego wniosek (wypełnia MOPS)

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

.....
(podpis pracownika DON)

I. Ocena zasadności wniosku

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

Data rozpatrzenia wniosku:.....

.....
(podpis pracownika DON)

II. Ustalone warunki umowy

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

.....
(podpis pracownika DON)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
(podpis osoby upoważnionej)