

5. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania (należy wpisać gdzie będzie użytkowany sprzęt oraz uzasadnić konieczność zakupu wnioskowanego sprzętu)

6. Przewidywany łączny koszt realizacji zadania:.....

(kwota brutto z faktury pro-forma)

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

słownie:.....

8. 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 rozwiązanej 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 Jagiellońskiej 17 w Katowicach, tel: 322510087, 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: 322510087, 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*

ZAŁĄCZNIKI:

- 1. Kopia aktualnego orzeczenia stwierdzającego niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności/niezdolność do pracy/grupę inwalidzką.**
- 2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wskazujące na konieczność zakupu i posiadania w warunkach domowych sprzętu wymienionego we wniosku. (wypełnione na obowiązującym druku)**
- 3. Kosztorys lub oferta cenowa na wymieniony we wniosku sprzęt.**
- 4. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym lub pełnomocnictwo (dotyczy osób ubezwłasnowolnionych oraz tych którzy posiadają swojego pełnomocnika prawnego).**

*do wyboru

UWAGA

O dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, nie przekracza kwot:

- 50% przeciętnego wynagrodzenia na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

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.

Sprzęt rehabilitacyjny to sprzęt niezbędny do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych bez pomocy wykwalifikowanego personelu mający za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie

osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

▪ Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

* właściwe zaznaczyć

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)