

Nr wniosku.....

WNIOSEK
O PRYZNANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH DOFINANSOWANIA DO ZAKUPU SPRZĘTU
REHABILITACYJNEGO

UWAGA: w celu właściwego wypełnienia wniosku prosimy o staranne jego przeczytanie. Wniosek należy wypełnić czytelnie i drukowanymi literami. Przed złożeniem wniosku proszę zapoznać się z „Zasadami przyznawania dofinansowania ze środków PFRON” w Gliwicach – dostępne w biurze obsługi środków PFRON oraz na stronie internetowej www.goin.gliwice.pl.

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

Nazwisko i imięnr PESEL

nr telefonu.....

adres zamieszkania : miejscowośćkod pocztowy.....

ulica..... nr domu..... nr lokalu.....

adres stałego zameldowania :.....

Dowód osobisty.

seria i nr wydany w dniuprzez.....

ważny do

Stopień niepełnosprawności:*

☐

znaczny (inwalida I grupy)

☐

lekki (inwalida III grupy)

☐

umiarkowany (inwalida II grupy)

☐

niepełnosprawność dotyczy dziecka

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej, opiekun prawny lub pełnomocnik)

Imię i nazwisko: nr PESEL

adres: miejscowość kod pocztowy.....

ulica..... nr domu..... nr lokalu.....nr telefonu.....

Dowód osobisty

seria i nr wydany w dniu przez.....

ustanowiony opiekunem** postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. Akt

na mocy pełnomocnictwa** potwierdzonego przez Notariusza z dn.repet. Nr

PRZEDMIOT WNIOSKU

Proszę o dofinansowanie do zakupu

PRZEWIDYWANY CAŁKOWITY KOSZT ZAKUPU SPRZĘTU BRUTTOzł

1. WNIOSKOWANA WYSOKOŚĆ KWOTY DOFINANSOWANIA BRUTTO:..... zł

2. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI ZAKUPU WNIOSKOWANEGO SPRZĘTU:

(wypełnia Wnioskodawca)

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

3. INFORMACJA NA TEMAT WŁASNEGO WKŁADU FINANSOWEGO:

☐ środki własne, ☐ kredyt, ☐ inne (wpisać jakie)*

4. INFORMACJA O KWOTACH PRYZNANYCH WCZEŚNIEJ Z FUNDUSZU Z OKREŚLENIEM NUMERU ZAWARTEJ UMOWY*:

- ☐ **Bariery architektoniczne** nr i data podpisania umowy
- ☐ Bariery techniczne nr i data podpisania umowy
- ☐ **Bariery w komunikowaniu się** nr i data podpisania umowy
- ☐ Sprzęt rehabilitacyjny nr i data podpisania umowy
- ☐ **Aktywny Samorząd** nr i data podpisania umowy

OŚWIADCZENIA

Niniejszym oświadczam, że przeciętny **miesięczny dochód (netto)** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił:zł.

Liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi (łącznie z wnioskodawcą):.....

OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM (wpisać wyłącznie stopień pokrewieństwa)	ROK URODZENIA	PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD W ROZUMIENIU USTAWY O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH** (DOCHÓD BRUTTO)	PODATEK NALEŻNY	SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE I ZDROWOTNE ODLICZONE OD DOCHODU	DOCHÓD NETTO	ŹRÓDŁO DOCHODU
		1	2	3	(1-2-3)	
wnioskodawca						

Jednocześnie oświadczam, iż ☐mam ☐nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec funduszu oraz ☐byłem/am ☐nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie

Informuję, że jestem/nie jestem płatnikiem podatku VAT.**

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art.233 § 1,2 i 3 Ustawy z dn. 06.06.1997 r – Kodeks Karny (Dz.U. 2017 poz. 2204 z późn zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się niezwłocznie informować Ośrodek Pomocy Społecznej.

Zostałem/ łąm poinformowany/ na, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu. Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował/ła środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.

.....
Data i czytelny podpis Wnioskodawcy,
Pełnomocnika lub opiekuna prawnego

POUCZENIE!

- ✓ **Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania dofinansowania ze środków PFRON**
- ✓ O dofinansowanie mogą ubiegać się osoby o średnich miesięcznych dochodach netto nie przekraczających:
 - 50 % przeciętnego wynagrodzenia ** na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ,
 - 65 % przeciętnego wynagrodzenia** w przypadku osoby samotnej.
- ✓ Dofinansowaniem nie mogą zostać objęte koszty poniesione przed zawarciem umowy o dofinansowanie.
- ✓ Prosimy o staranne i czytelne wypełnienie wniosku. Obejmuje on zestaw zagadnień, których znajomość jest niezbędna do przeprowadzenia kompleksowej oceny przedsięwzięcia i podjęcia właściwej decyzji.
- ✓ Proszę o wypełnienie wszystkich rubryk ewentualnie wpisać „Nie dotyczy” lub wstawić kreskę /-/.
- ✓ W przypadku gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy dołączyć załącznik w odpowiedniej rubryce wpisując „W załączeniu – załącznik nr 1,2”.
- ✓ Wnioski oceniane są w kolejności składania z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności zgodnie z przyjętymi „zasadami...”
- ✓ Wysokość dofinansowania uzależniona jest od dochodu na osobę w gospodarstwie domowym zgodnie z przyjętymi „Zasadami...”

KRYTERIUM DOCHODOWE		PROCENT DOFINANSOWANIA
OSOBA SAMOTNA	OSOBA W RODZINIE	
do 65% przeciętnego wynagrodzenia	do 50% przeciętnego wynagrodzenia	do 80%
powyżej 65% do 100% przeciętnego wynagrodzenia	powyżej 50% do 100% przeciętnego wynagrodzenia	do 60%

przeciętne wynagrodzenie oznacza przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 3 ustawy z 17 grudnia 1998 r o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. Nr 162, poz. 1118 i z 1999 r. Nr 38, poz. 360).

Art. 233 Kodeksu Karnego.

§ 1. Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę , podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

INFORMACJA SZCZEGÓŁOWA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH ZBIERANYCH PRZEZ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W GLIWICACH

1. Dane osobowe zbieramy i przetwarzamy ręcznie oraz automatycznie w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Podanie wszelkich dodatkowych danych ponad wymagane jest dobrowolne i równoznaczne ze zgodą na ich wykorzystanie.

2. Dane osobowe wykorzystujemy również w celu:

- ✓ sprawniejszej komunikacji z klientami Ośrodka (w tym MZON) – w tym celu prosimy o podanie danych kontaktowych, tj. numeru telefonu; podanie tych danych jest dobrowolne. Wówczas zawsze mają Państwo prawo nie podać danych bez żadnych konsekwencji prawnych, a ich podanie jest traktowane jak zgoda na ich wykorzystanie,
- ✓ realizacji innych obowiązków i uprawnień wynikających z przepisów prawa w związku z wykonywaniem zadań publicznych w tym zapewnienia dostępu do informacji o stanie załatwienia spraw, do czego jesteśmy zobowiązani ustawą o dostępie do informacji publicznej (art. 6 ust. 1 pkt 3) lit. e)),
- ✓ zawierania i wykonania umów cywilnoprawnych i z zakresu prawa pracy – w takim przypadku, niepodanie danych uniemożliwi zawarcie umowy lub jej wykonanie.

3. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Gliwicach, ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice.

W zakresie zadań związanych z wydawaniem orzeczeń o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności zgodnie z art. 6d ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych a także w zakresie wydawania kart parkingowych w trybie art. 8 ust. 4 ustawy z dnia 20.06.1997 r. prawo o ruchu drogowym, funkcję administratora danych pełni Przewodnicząca Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności (ul. Bojkowska 20, 44-100 Gliwice).

4. Każda osoba, której dane dotyczą może korzystać z następujących uprawnień:

- ✓ żądania od Administratora dostępu do Pani/Pana danych osobowych,
- ✓ żądania od Administratora sprostowania Pani/Pana danych osobowych,
- ✓ żądania od Administratora usunięcia Pani/Pana danych osobowych,
- ✓ żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
- ✓ wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
- ✓ przenoszenia Pani/Pana danych osobowych,
- ✓ wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

5. Dodatkowe informacje:

Dane osobowe mogą być przekazywane:

- ✓ innym podmiotom, w celu wykonywania zadań publicznych,
- ✓ innym osobom lub podmiotom, jeżeli przepis prawa nakłada na administratora danych osobowych obowiązek udostępnienia przetwarzanych danych osobowych.

Okres przechowywania danych osobowych określają przepisy kancelaryjno-archiwalne natomiast dane z monitoringu przechowujemy 14 dni od dnia nagrania.

W Ośrodku nie ma miejsca zautomatyzowane podejmowanie decyzji w indywidualnych przypadkach, w tym profilowanie.

Niepodanie danych lub podanie niepełnych danych może uniemożliwić załatwienie sprawy i wywołuje skutki wynikające wprost z przepisów.

W razie pytań i wątpliwości związanych z przetwarzaniem danych osobowych zbieranych przez Ośrodek można się kontaktować za pomocą poczty tradycyjnej, listownie na adres: ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice, poprzez: kontakt e-mailowy pod adresem: ops@ops.gliwice.eu.

WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW

WYPEŁNIA PRACOWNIK OPS

	NAZWA ZAŁĄCZNIKA	ZAŁĄCZONO TAK/NIE	uzupełniono (data)
1	Oferta cenowa		
2	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu)		
3	Kopia pełnomocnictwa notarialnego lub postanowienia sądu (w przypadku ustanowienia pełnomocnika lub opiekuna prawnego)		
4	Aktualne zaświadczenie wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji związanej z posiadaną niepełnosprawnością / rehabilitanta pod opieką którego znajduje się Wnioskodawca wskazujące na potrzebę rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu.		
5	Zgoda na przetwarzanie danych osób innych niż wnioskodawca (osoba niepełnosprawna), których dane zostały przekazane do OPS w ramach niniejszego wniosku (pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, pełnomocnicy, opiekunowie prawni, przedstawiciele ustawowi) druk do pobrania w OPS		
ZAŁĄCZNIKI DODATKOWE			

OCENA PUNKTOWA WNIOSKU - WYPEŁNIA PRACOWNIK OPS

LP	KRYTERIUM	PUNKTY
1	OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA DO 16-GO R.Ż.	
2	ORZECZENIE O ZNAČNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (LUB RÓWNOWAŻNE)/ ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W PRZYPADKU OSÓB DO 16 R.Ż.	
3	ORZECZENIE O UMIARKOWANYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (LUB RÓWNOWAŻNE)	
4	POTWIERDZENIE KORZYSTANIA Z REHABILITACJI W LATACH 2017/2018	
5	FAKT NIEKORZYSTANIA Z DOFINANSOWANIA DO ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO W CIĄGU OSTATNICH 3 LAT (tj. od roku 2016)	
RAZEM		

przyznany procent dofinansowania

.....
DATA I PODPIS PRACOWNIKA OPS