



OSRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W GLIWICACH

ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice

Nr wniosku.....

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

(dotyczy osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Miasta Gliwice)

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 opsgliwice.pl.

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

Imię i nazwiskonr PESEL _ _ _ _ _

nr telefonu.....

adres zamieszkania : kod pocztowy..... miejscowość: Gliwice

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

MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA (adres):

1. PRZEWIDYWANY CAŁKOWITY KOSZT REALIZACJI ZADANIA BRUTTOzł

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

3. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI ZAKUPU WNIOSKOWANEGO SPRZĘTU: (wypełnia Wnioskodawca)

4. INFORMACJA NA TEMAT WŁASNEGO WKŁADU FINANSOWEGO:

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

5. 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.**

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1,2 i 3 Ustawy z dn. 06.06.1997 r – Kodeks Karny (Dz.U. z 2020 poz. 1444 późn zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

Zostałem/łam 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 40% przeciętnego wynagrodzenia	do 25% przeciętnego wynagrodzenia	do 80%
powyżej 40% do 65% przeciętnego wynagrodzenia	powyżej 25% do 50% 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 Dz. U. z 2020 , poz. 53 z późn. zm).

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 danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów szczegółowych w zakresie wsparcia, o które Państwo się ubiegają. Odmowa podania danych wiązać się będzie z brakiem możliwości rozpatrzenia danego wniosku.
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 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 – 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, reprezentowany przez Dyrektora.

4. Współadministratorami danych osobowych są Miejskie Jednostki Organizacyjne wymienione w Zarządzeniu organizacyjnym nr 84/19 Prezydenta Miasta Gliwice z dnia 12.08.2019 r. w sprawie: zatwierdzenia uzgodnień dotyczących określenia zakresów odpowiedzialności współadministratorów wynikających z wypełniania obowiązków związanych z przetwarzaniem danych osobowych.
5. 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, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. 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, dla celu w jakim przetwarzamy Pani/Pana dane okres przechowywania akt wynosi 5 lat, 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.

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			
6			
7			

OCENA PUNKTOWA WNIOSKU - WYPEŁNIA PRACOWNIK OPS

LP	KRYTERIUM	PUNKTY
1	OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA DO 16-GO R.Ż.	
2	ORZECZENIE O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (LUB RÓWNOWAŻNE)	
3	ORZECZENIE O UMIARKOWANYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (LUB RÓWNOWAŻNE)	
4	POTWIERDZENIE KORZYSTANIA Z REHABILITACJI W CIĄGU OSTATNICH DWÓCH LAT	
5	FAKT NIEKORZYSTANIA Z DOFINANSOWANIA DO ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO W CIĄGU OSTATNICH 3 LAT	
RAZEM		

przyznany procent dofinansowania

.....
DATA I PODPIS PRACOWNIKA OPS

(pieczęć placówki)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Ośrodka Pomocy Społecznej w Gliwicach w związku z ubieganiem się
o dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego
(ważne w ciągu 3 miesięcy od daty wystawienia)

Imię i nazwiskoPESEL _ _ _ _ _

1. Ze względu na rodzaj niepełnosprawności:

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

która była/jest rehabilitowana :

☐ NIE

☐ TAK

.....
(wpisać rok i rodzaj)

Zalecane jest korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego typu:

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

2. Uzasadnienie potrzeb prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu stosownie do potrzeb wynikających z orzeczonej niepełnosprawności:

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

.....
data

.....
pieczęć i podpis prowadzącego lekarza
specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem
niepełnosprawności Wnioskodawcy/Rehabilitanta

UWAGA !

NINIEJSZE ZAŚWIADCZENIE POWINNO BYĆ WYPEŁNIONE CZYTELNIE I W JĘZYKU POLSKIM!