Załącznik NR 2 do ZARZĄDZENIA Nr 3/2023

Burmistrza Gminny i Miasta Sianów

Z dnia 3.01.2023r.

NR WNIOSKU……………………… DATA WPŁYWU WNIOSKU…………………………

**W N I O S E K O P R Z Y Z N A N I E P O M O C Y F I N A N S O W E J**

1. **Dane osobowe:**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ** |
| IMIĘ I NAZWISKO …………………………………………………………………………………DATA URODZENIA…………………………………………………PESEL ADRES ZAMIESZKANIA:ULICA I NR DOMU/MIESZKANIA……………………………………………………………………………MIEJSCOWOŚĆ I KOD POCZTOWY ………………………………………………………….NR KONTAKTOWY ……………………………………………………………………………. |
| **DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| IMIĘ I NAZWISKO ………………………………………………………………………………………DATA URODZENIA…………………………………………………PESEL ADRES ZAMIESZKANIA:ULICA I NR DOMU/MIESZKANIA……………………………………………………………………………MIEJSCOWOŚĆ I KOD POCZTOWY ………………………………………………………….NR KONTAKTOWY ………………………………………………………………………………… |
| **DANE DRUGIEGO RODZICA/OPIEKUNA** |
| IMIĘ I NAZWISKO ……………………………………………………………………………………………..DATA URODZENIA…………………………………………………PESEL ADRES ZAMIESZKANIA:ULICA I NR DOMU/MIESZKANIA……………………………………………………………………………MIEJSCOWOŚĆ I KOD POCZTOWY …………………………………………………………………………NR KONTAKTOWY ……………………………………………………………………………………………**DOSTARCZENIE ZAŚWIADZENIA LEKARSKIEGO**€ TAK € NIE |
| **INFORMACJA O POSIADANYM ORZECZENIU O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
| **WAŻNOŚĆ ORZECZENIA*** stała
* okresowa do ............................................r.

**WYDANE PRZEZ:** Miejskiego/Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności KRUS ZUS inny ……………………**RODZAJ SCHORZENIA*** narządy wzroku
* narządy słuchu
* dysfunkcja narządu ruchu
* inne schorzenia jakie…………………………………

……………………………………………………………. | **Stopień i rodzaj niepełnosprawności:**€ znaczny € umiarkowany € lekki €całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji€ całkowita niezdolność do pracy€ częściowa niezdolność do pracy€ I grupa inwalidzka€ II grupa inwalidzka€ III grupa inwalidzka |

**2. Zwracam się z wnioskiem o przyznanie pomocy finansowej na:**

* turnusie rehabilitacyjnym
* uczestnictwo
* dojazd
* badania kontrolne i specjalistyczne, hospitalizację:
* uczestnictwo
* dojazd
* zabiegi rehabilitacyjne:
* uczestnictwo
* dojazd
* dojazd na protezowanie lub zaopatrzenie ortopedyczne,
* zakup sprzętu specjalistycznego, rehabilitacyjnego, zaopatrzenia ortopedycznego

 oraz protezowania

* dofinansowanie kosztów likwidacji barier architektonicznych i urbanistycznych
* wsparcie w procesie kształcenia

**3. Uzasadnienie składanego wniosku:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Wypłata dofinansowania**:

* na konto osobiste
* w kasie MGOPS w Sianów

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY**

Na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

### 4. Wnioskowana kwota dofinansowania: ………………………zł

**Słownie:** …………………………………………………………………………..………………..……………………………….

**5.Oświadczenie o korzystaniu ze środków publicznych/niepublicznych** (**PCPR ze środków PFRON, fundacji, organizacji pozarządowych i stowarzyszeń) na wskazany we wniosku cel:**

 korzystam

 nie korzystam

INSTYTUCJA …………………….………………………… KWOTA DOFINANSOWANIA…………………...……………

**6. Oświadczenie o dochodach w rodzinie:**

**Oświadczam, że rodzina osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o pomoc finansową składa się z niżej wymienionych osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku członkowie rodziny uzyskali następujące dochody (netto):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stopień pokrewieństwa**  | **Źródło dochodu** | **Dochód miesięczny netto** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3.  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| **DOCHÓD RODZINNY OGÓŁEM** |  |

**Do wniosku dołączam:**

* aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
* zaświadczenie/skierowanie lekarskie
* inne dokument:..............................................................................................................................................................
* ………………………………………………………………………………………………………………………………

\* niepotrzebne skreślić

Ja niżej podpisany(a), uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 – Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sadowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy 8 lat.

1. **Niniejszym przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem moich danych osobowych jest Kierownik Miejsko- Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sianowie (art. 13 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ogólne rozporządzenie o ochronie danych z 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L z 2016r.poz.119.1).**
2. **Podane dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji wniosku.**
3. **Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat.**
4. **Przyjmuję do wiadomości , iż mam prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych.**
5. **Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wniosku.**
6. **Konsekwencją odmowy podania danych osobowych będzie brak możliwości realizacji wniosku.**

Oświadczam, iż zapoznałem się z szczegółowymi **zasadami** udzielania pomocy finansowej w ramach realizacji Gminnego Programu Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych **w 2023 r.**

 **..........................................................................**

 ***(podpis wnioskodawcy/pełnomocnika)***