

NR WNIOSKU.....

DATA WPŁYWU WNIOSKU.....

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ

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

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
 o uczestnictwo
 o dojazd
- badania kontrolne i specjalistyczne, hospitalizację:
 o uczestnictwo
 o dojazd
- zabiegi rehabilitacyjne:
 o uczestnictwo
 o 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:

.....

Wyplata 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 OGÓLEM				

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 sądowym 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 2024 r.

.....

(podpis wnioskodawcy/pełnomocnika)