

.....  
data wpływu kompletnego wniosku  
(dzień, miesiąc rok)

.....  
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

## W N I O S E K

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

Uwaga:  
1. Przed wypełnieniem wniosku proszę zapoznać się z zasadami udzielania osobie fizycznej dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier architektonicznych w 2020 roku.  
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

#### A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić czytelnie)

.....syn / córka..... data urodzenia .....  
imię(imiona) i nazwisko imię ojca

seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....  
dowód osobisty

nr PESEL ..... stan cywilny .....

nazwa banku .....nr konta bankowego.....

mięscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....  
dokładny adres

województwo.....nr tel./ faxu (z nr kier.).....

zameldowana/ y na pobyt stały od dnia .....

prawdziwość powyższych danych sprawdziła: .....  
(data i podpis pracownika MOPR)

#### I. Stopień niepełnosprawności wnioskodawcy (właściwe zaznaczyć x)

1. znaczny	
• Inwalidzi I grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji.	
• Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• Osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
• Inwalidzi II grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
• Inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
• Pozostali inwalidzi III grupy	
• Osoby częściowo niezdolne do pracy	
• Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

## II. Rodzaj niepełnosprawności \*\*)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim: wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

## III. Sytuacja zawodowa \*\*)

1. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy* / rencista poszukujący pracy*	
4. rencista* / emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

## IV. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe \*\*)

 (wypełnia pracownik MOPR)

1. złe	
2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	

## V. Sytuacja mieszkaniowa - opis budynku i mieszkania (miejsca realizacji zadania – adres)

1. dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny spółdzielczy\*, inne \*.....
2. budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na ..... (proszę podać kondygnację).
3. data wydania pozwolenia na budowę (przybliżony wiek budynku lub rok budowy) .....
4. opis mieszkania: pokoje.....(podać liczbę), z kuchnią\*, bez kuchni\*, z łazienką\*, bez łazienki\*, z wc\*, bez wc\*
5. łazienka wyposażona w: wannę\*, brodzik\*, kabinę prysznicową\*, umywalkę\*.
6. w mieszkaniu jest instalacja wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*, prąd\*, gaz\*.
7. inne informacje o warunkach mieszkaniowych (obecny stan pomieszczeń, w których będą likwidowane bariery) z podaniem metrażu.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\*) niepotrzebne skreślić

\*\*\*) właściwe zaznaczyć x

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

**VI. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje \*)**

1. samotnie	
-------------	--

2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

**VII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)**

imię i nazwisko	pokrewieństwo	niepełnosprawność	
		Stopień	Rodzaj
1.			
Pozostali członkowie gospodarstwa			
2.			
3.			
4.			

**VIII. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych\*(udzielonych przez MOPR w Ostrołęce oraz Oddział Mazowiecki PFRON w Warszawie).**

Cel (nazwa zadania ustawowego lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

**IX. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i / lub sponsora kwota**

1. deklarowana przez Wnioskodawcę kwota pokrycia kosztów realizacji zadania - (minimum 5 % wartości zadania)	
2. deklarowana przez sponsora kwota pokrycia kosztów realizacji zadania**)	
3. informacja o innych źródłach finansowania*	

**X. Dane informacyjne o Wnioskodawcy \*)**

a) wykształcenie	zaznacz właściwe	b) rodzaj źródła utrzymania	zaznacz właściwe
1. niepełne podstawowe		1. wynagrodzenie za pracę	
2. podstawowe		2. przychody z działaln. gospodarc.	
3. zawodowe		3. renta stała* / emerytura	
4. średnie ogólnokształcące		4. renta okresowa	
5. średnie zawodowe		5. renta szkoleniowa	
6. policealne		6. zasiłek dla bezrobotnych	
7. wyższe		7. zasiłek socjalny	
8. wyższe ze stopniem naukowym		8. stypendium	
9. inne *		9. alimenty* / inne*	

\*) właściwe zaznaczyć x

\*) udokumentowana informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten sam cel

**XI. Uzasadnienie składanego wniosku – celu likwidacji bariery:**

1. Cel dofinansowania.....

.....  
likwidacji barier architektonicznych uzasadniony potrzebami wynikającym z niepełnosprawności (np. wymiana wanny na kabinę – uzasadnienie, w przypadku obszerniejszego opisu – w załączeniu).

2. o likwidację barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się.

Dane o wnioskodawcy dotyczące stanu zdrowia (samoobsługi).....

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

**XII. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier**



..... syn / córka .....  
imię / imiona i nazwisko ..... imię ojca .....

seria.....nr .....wydany w dniu .....przez.....  
( dowód osobisty)

nr PESEL..... data urodzenia .....

miejsowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....  
( dokładny adres)

nr kodu.....poczta.....powiat.....

województwo.....nr tel. / fax-u (z nr kier.).....

ustanowiony opiekunem\* / pełnomocnikiem\* .....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ....sygn. akt.\* / na mocy pełnomocnictwa

potwierdzonego przez Notariusza .....z dn. ....repet nr.....)

....., dnia.....r  
(miejsowość)

.....  
( podpis Przedstawiciela ustawowego\*  
Opiekuna prawnego\* / Pełnomocnika\*)

*prawdziwość powyższych danych sprawdziła:*

.....  
(data i podpis pracownika MOPR)

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy (art.233 Kodeksu Karnego).**

....., dnia.....r  
(miejsowość)

.....  
(podpis Wnioskodawcy / Przedstawiciela ustawowego\*  
Opiekuna prawnego\* / Pełnomocnika\*)

**Oświadczam, że zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków co najmniej 5% całkowitej kwoty likwidacji barier architektonicznych.**

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.**

....., dnia.....r  
(miejsowość)

.....  
(podpis Wnioskodawcy / Przedstawiciela ustawowego\*  
Opiekuna prawnego\* / Pełnomocnika\*)

\*) niepotrzebne skreślić

**Załączniki : wymagane do wniosku,**

Nazwa załącznika	Wypełnia MOPR Ostrołęka (należy zaznaczyć właściwie)
------------------	---------------------------------------------------------

	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kopia orzeczenia, o stopniu niepełnosprawności lub niepełnosprawności, o którym mowa w art.1 i 4a lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172, ze zm.)- <b>oryginał do wglądu.</b>	.....	.....	
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób ( <b>oryginał do wglądu.</b> )	.....	.....	
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o stanie zdrowia, uzasadniające potrzebę likwidacji bariery wynikającą z niepełnosprawności, która w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem (ważne 1 miesiąc od daty wystawienia - wg załączonego druku).	.....	.....	
4. Kopię dokumentu określającego tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt własności (oryginał do wglądu) i zgoda właściciela lokalu mieszkalnego lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkuje itp.)	.....	.....	
5. Oświadczenie o wysokości dochodów Wnioskodawcy i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym - wg załączonego druku.	.....	.....	
6. Kopia postanowienia Sądu Rejonowego w przypadku, kiedy wniosek składa opiekun prawny lub pełnomocnictwo potwierdzone przez Notariusza – <b>oryginał do wglądu.</b>	.....	.....	
7. Klauzula informacyjna MOPR Ostrołęka o zasadach przetwarzania danych osobowych	.....	.....	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	Tak ..... Nie .....		

.....  
(data i podpis pracownika MOPR)

### I. Adnotacje przyjmującego wniosek

.....  
.....



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

....., dnia ..... r. ....  
(miejsowość) (podpis pracownika MOPR )

**II. Opinia merytoryczna dotycząca poprawności rozwiązań technicznych i kosztów likwidacji barier na podstawie oględzin miejsca likwidacji barier.**

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

....., dnia .....r. ....  
(miejsowość) (podpis pracownika MOPR )

**III. Opinia merytoryczna dotycząca poprawności rozwiązań technicznych i kosztów likwidacji barier potwierdzona przez inspektora nadzoru**

.....

.....  
.....

.....  
(data i podpis inspektora nadzoru)

**IV. Opinia Powiatowej Spolecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych**

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

....., dnia .....r.  
(miejsowość)

.....  
(podpis pracownika MOPR )

Załącznik do formularza wniosku dot. dofinansowania  
ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych.

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW**

Dla: Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce – dot. dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych.

**Uwaga!** W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) ..... zamieszkały (a)  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....  
(miejsowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (zgodnie z pouczeniem):

1.	Wnioskodawca:	Przeciętny miesięczny dochód netto
	.....	
	Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</b>	<b>X</b>
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
RAZEM		

**Oświadczam**, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielonych przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł.....zł.

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia ..... r.  
(miejsowość)

.....  
(podpis osoby niepełnosprawnej lub opiekuna)

**\*\*\*Pouczenie**

**Zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych** (Dz. U. z 2018r. poz. 2220) ilekroć w ustawie jest mowa o dochodzie - oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, 30b, 30c i 30e ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1509 z późn. zm.), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,

b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,

c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:  
– renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,

- renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
- świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
- dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
- świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
- emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów i niewybuchów,
- renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939-1945, otrzymywane z zagranicy,
- zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
- środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach, gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,
- należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą - w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917 z późn. zm.),
- należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojuszników, misji pokojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,
- należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
- dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
- alimenty na rzecz dzieci,
- stypendia doktoranckie przyznane na podstawie art. 209. ust. 1 i 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. poz. 1668i 2024), stypendia sportowe przyznane na podstawie ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. z 2018 r. poz. 1263 i 1669) oraz inne stypendia o charakterze socjalnym przyznane uczniom lub studentom,
- kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
- należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywienia tych osób,
- dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018r. poz. 967 ),
- dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
- ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego "Polskie Koleje Państwowe",
- ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003-2006,
- świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
- dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
- dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,
- renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
- zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej,
- świadczenia pieniężne wypłacane w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów,
- pomoc materialną o charakterze socjalnym określoną w art. 90c ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn. zm.) oraz pomoc materialną określoną w art. 173 ust. 1 pkt 1, 2 i 8, art. 173a, art. 199 ust. 1 pkt 1, 2 i 4 i art. 199a ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym.
- kwoty otrzymane na podstawie art. 27f ust. 8-10 ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
- świadczenie pieniężne i pomoc pieniężna określone w ustawie z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 690),
- świadczenie rodzicielskie,
- zasiłek macierzyński, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.

**Nie wliczamy: świadczeń rodzinnych wypłaconych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych – zasiłków i dodatków rodzinnych, jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka (tzw. becikowe), świadczeń wychowawczych (tzw 500+), jednorazowych świadczeń „Dobry Start”, oraz zasiłków i dodatków pielęgnacyjnych, oraz zasiłków porodowych wypłacanych na podst. odrębnych przepisów, dodatków mieszkaniowych i ryczałtów na zakup opału, przyznanych na podst. odrębnych przepisów o dodatkach mieszkaniowych.**

Załącznik do formularza wniosku dot. dofinansowania  
ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych.

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....2020 r.  
Miejscowość

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*Dla: Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce – dot., likwidacji barier architektonicznych (prosimy wypełnić czytelnie).*

Imię i Nazwisko .....

Data urodzenia .....

PESEL .....

Zamieszkały (a) .....

Rozpoznanie (rodzaj schorzenia lub dysfunkcji, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, tj.: (kule, balkonik, wózek inwalidzki) .....

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

Informacja uzasadniająca potrzebę likwidacji bariery architektonicznej – wynikającej z niepełnosprawności (zalecany sprzęt i przewidywane efekty, które w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem):

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

Zaświadczenie lekarskie ważne 1 miesiąc od daty wystawienia.

.....  
pieczętka i podpis lekarza

Klauzula informacyjna  
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce o zasadach  
przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Ostrołęce reprezentowany przez Dyrektora z siedzibą, ul. gen. Józefa Hallera 12, 07-410 Ostrołęka, tel. 297644130, e-mail: sekretariat@mopr.ostroleka.pl
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani/Pan kontaktować się w sprawach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@mopr.ostroleka.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną),
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
- 6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie - jeśli do przetwarzania doszło na podstawie zgody (cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem),
- 7) przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego: Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących, narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- 8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celu, a konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie sprawy.

Oświadczam, iż zapoznałem się

.....  
(data, czytelnie imię i nazwisko)