

NR WNIOSKU.....

DATA WPLYWU 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 OPIEKUNA PRAWNEGO

IMIĘ I NAZWISKO

DATA URODZENIA.....

PESEL:

NR I SERIA DOWODU OSOBISTEGO:

ADRES ZAMIESZKANIA:

ULICA I NR DOMU/MIESZKANIA.....

MIEJSCOWOŚĆ I KOD POCZTOWY

NR KONTAKTOWY

2. INFORMACJA O POSIADANYM ORZECZENIU O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

WAŻNOŚĆ ORZECZENIA

stała

okresowa dof.

WYDANE PRZEZ:

- Powiatowy Zespół 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

3. Zwracam się z wnioskiem o przyznanie pomocy finansowej na:

- uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym
- uczestnictwo w zabiegach rehabilitacyjnych i specjalistycznych:
- zakup sprzętu specjalistycznego, rehabilitacyjnego i zaopatrzenia ortopedycznego.
- dofinansowanie kosztów likwidacji barier architektonicznych i urbanistycznych polegających na

.....
.....

4. Uzasadnienie składanego wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

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	Status	Dochód miesięczny netto
DOCHÓD RAZEM				

Do wniosku załączam:

1.
2.
3.
4.

.....
Podpis wnioskodawcy/opiekuna prawnego

Ja niżej podpisany(a), uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy, zagrożonych karą pozbawienia wolności do lat 3, oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

Klauzula informacyjna

W związku z zapisami art. 13 oraz art. 14 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) (Dz.U. UE. z 2016 r., L 119, poz. 1) informujemy, że **Administratorem** Państwa danych osobowych wskazanych i podanych we wniosku jest Gmina Myślibórz.

Obsługę Gminy Myślibórz prowadzi Urząd Miasta i Gminy w Myśliborzu ul. Rynek im. Jana Pawła III Myślibórz.

Administrator przetwarza Państwa dane osobowe w **ściśle określonym, minimalnym zakresie** niezbędnym do realizacji zapisów zarządzenia BR.0050.324.2018.EO z dnia 15 czerwca 2018 roku.

Dane osobowe przetwarzane przez Gminę Myślibórz przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane oraz zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy kompetencyjne lub ustawę z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017 r., poz. 1257) i ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018 r., poz. 217), w tym Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

Każda osoba, z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa, ma możliwość:

- dostępu do danych osobowych jej dotyczących,
- żądania ich sprostowania,
- usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

Osoba której dane przetwarzane są na podstawie zgody wyrażonej przez tę osobę ma prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego na niezgodne z RODO przetwarzanie Państwa danych osobowych przez Gminę Myślibórz. Organem właściwym dla ww. skargi jest:

Urząd Ochrony Danych Osobowych
ul. Stawki 2
00-193 Warszawa

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z przyznaniem pomocy finansowej zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych. Wnioskujący ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji procesu rozpatrzenia wniosku.

Oświadczam, iż zapoznałem się z szczegółowymi zasadami udzielania pomocy finansowej określonymi w zarządzeniu nr BR.0050.234.2018.EO z dnia 15 czerwca 2018 roku.