

NR WNIOSKU..... DATA WPŁYWU WNIOSKU.....

**Kierownik
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Malechowie**

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ

1. Dane osobowe:

| |
|---|
| DANE OSOBOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE |
| IMIĘ I NAZWISKO |
| DATA URODZENIA..... |
| PESEL |
| NR I SERIA DOWODU OSOBISTEGO: NRSERIA..... •• |
| WYDANY W DNIU PRZEZ |
| ADRES ZAMIESZKANIA: NR DOMU/MIESZKANIA..... |
| MIEJSCOWOŚĆ I KOD POCZTOWY |
| NR KONTAKTOWY |
| DANE OPIEKUNA PRAWNEGO |
| IMIĘ I NAZWISKO |
| |
| DATA URODZENIA..... |
| PESEL |
| NR I SERIA DOWODU OSOBISTEGO: NRSERIA..... |
| WYDANY W DNIU PRZEZ |
| ADRES ZAMIESZKANIA: NR DOMU/MIESZKANIA..... |
| MIEJSCOWOŚĆ I KOD POCZTOWY |
| NR KONTAKTOWY |
| DANE DRUGIEGO OPIEKUNA |

IMIĘ I
 NAZWISKO
 DATA URODZENIA.....
 PESEL.....

 NR I SERIA DOWODU OSOBISTEGO: NRSERIA.....
 WYDANY W DNIU PRZEZ
 ADRES ZAMIESZKANIA:
 NR DOMU/MIESZKANIA.....
 MIEJSCOWOŚĆ I KOD POCZTOWY
 NR KONTAKTOWY
DOSTARCZENIE ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO
 TAK NIE

| INFORMACJA O POSIADANYM ORZECZENIU O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | |
|---|---|
| <p>WAŻNOŚĆ ORZECZENIA</p> <input type="checkbox"/> stała <input type="checkbox"/> okresowa dor. <p>WYDANE PRZEZ:</p> <input type="checkbox"/> Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności <input type="checkbox"/> KRUS <input type="checkbox"/> ZUS <input type="checkbox"/> inny <p>RODZAJ SCHORZENIA</p> <input type="checkbox"/> narządy wzroku <input type="checkbox"/> narządy słuchu <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu <input type="checkbox"/> inne schorzenia jakie..... | <p>Stopień i rodzaj niepełnosprawności:</p> <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka |

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

- zakup środków dydaktycznych ułatwiających naukę uczniowi ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.
- uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym
- dojazdu do ośrodka prowadzącego turnus rehabilitacyjny, skąd..... dokąd.....
- badania kontrolne i specjalistyczne, hospitalizację:
 - uczestnictwo
 - dojazd skąd..... dokąd.....
- zabiegi rehabilitacyjne:
 - uczestnictwo
 - Dojazd skąd..... dokąd.....
- dojazd na protezowanie lub zaopatrzenie ortopedyczne,
- uczestnictwo w protezowaniu:
 - kończyna górna
 - kończyna dolna
- zakup sprzętu specjalistycznego, rehabilitacyjnego i zaopatrzenia ortopedycznego.
- dofinansowanie do prawa jazdy kat. „B”
- pomoc finansowa w zakresie zmniejszania wydatków poniesionych na zakup leków zleconych przez lekarza
- pomoc w podjęciu i kontynuacji kształcenia lub uzyskaniu nowych kwalifikacji zawodowych poprzez:
 - pokrycie kosztów opłacenia czesnego,
 - organizację dowozu do placówki kształcenia.
- dofinansowanie kosztów likwidacji barier architektonicznych i urbanistycznych
- dofinansowanie kosztów likwidacji barier technicznych
 - wyjazdowe formy turystyczno-poznawcze z elementami rekreacji.

Do wniosku dołączam:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

* niepotrzebne skreślić

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 8, oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z art.6 ust.1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych. Administratorem danych osobowych we wniosku jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Malechowie. 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 w ramach realizacji **Programu Osłonowego z zakresu pomocy społecznej skierowanego do osób niepełnosprawnych.**

.....

(data i podpis wnioskodawcy/pełnomocnika)