

# WNIOSEK

o udział w drugim etapie realizacji zadania  
pn. „Dofinansowanie do zakupu telefonów komórkowych typu smartphone dla osób z dysfunkcją  
narządu wzroku” realizowanego w ramach projektu „Virtualna Warszawa.”

**UWAGA:** We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki drukowanymi literami,  
ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.

## I DANE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PIERWSZEGO ETAPU ZADANIA

<b>1. IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO</b>	
<b>2. NR PESEL</b>	
<b>3. ADRES ZAMIESZKANIA</b>	
Kod pocztowy:	
Miejscowość:	
Dzielnica:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr mieszkania:	
Telefon:	
Adres e-mail:	

## II ORZECZENIE (zaznacz właściwe)

- czasowe, do dnia (dzień, miesiąc, rok):
- na stałe

## III SYMBOL NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (zaznacz właściwe)

- 04 - O
- bez symbolu

## IV STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPOWIEDNIK (zaznacz właściwe)

### Znaczny

- Inwalidzi I grupy
- Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji
- Osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji
- Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
- Osoby, które nie ukończyły 16 roku życia

### Umiarkowany

- Inwalidzi II grupy
- Osoby całkowicie niezdolne do pracy

### Lekki

- Inwalidzi III grupy
- Osoby częściowo niezdolne do pracy
- Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym

## V PRZEDMIOT I WYSOKOŚĆ DOFINANSOWANIA

Nazwa modelu telefonu:		
Wartość brutto przedmiotu dofinansowania:	zł.	100 %
Deklarowana wysokość wkładu własnego:	%	_____ % ceny brutto
Wnioskowane dofinansowanie:	zł.	
Słownie:	zł.	

## VI DANE RACHUNKU BANKOWEGO Uczestnika pierwszego etapu zadania / Wnioskodawcy

Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

## VII DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY reprezentującego Uczestnika pierwszego etapu zadania (jeśli dotyczy)

<b>1. IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO</b>	
<b>2. NR PESEL</b>	
<b>3. ADRES ZAMIESZKANIA</b>	
Kod pocztowy:	
Miejscowość:	
Dzielnica:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr mieszkania:	
Telefon:	
Adres e-mail:	

**4. WNIOSKODAWCA (zaznacz właściwe)**

- Przedstawiciel ustawowy (w tym: rodzic)
- Opiekun prawny
- Pełnomocnik

**5. WNIOSKODAWCA USTANOWIONY OPIEKUNEM PRAWNYM / PEŁNOMOCNIKIEM (zaznacz właściwe)**

- postanowieniem Sądu Rejonowego (z dnia, sygn. akt):
- na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza (z dnia, rep. nr):

**VIII OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PIERWSZEGO ETAPU ZADANIA / WNIOSKODAWCY**  
reprezentującego Uczestnika pierwszego etapu zadania

**Oświadczam, że:**

1. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137, z późn. zm.) i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku oraz w załącznikach do niniejszego wniosku są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem(am) się i akceptuję Regulamin naboru i uczestnictwa w projekcie „Virtualna Warszawa”.
3. Zobowiązuję się do bezzwłocznego powiadomienia Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie – Stołecznego Centrum Osób Niepełnosprawnych o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych przeze mnie w niniejszym wniosku.
4. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

5. Ja osobiście\* / Moje dziecko (*imię i nazwisko dziecka*) \* ..... /  
Mój podopieczny (*imię i nazwisko podopiecznego*) \* .....  
(\* niepotrzebne skreślić) (zaznacz właściwe):

jestem / jest osobą niewidomą

(nie mam / nie ma poczucia światła oraz / lub przy czytaniu i korzystaniu z rozwiązań technologicznych np. komputer, telefon posługuję / posługuje się wyłącznie metodami bezwzrokowymi)

nie jestem / nie jest osobą niewidomą

(mam / ma poczucie światła oraz przy czytaniu i korzystaniu z rozwiązań technologicznych np. komputer, telefon posługuję / posługuje się metodami wzrokowymi lub łączę / łączy metody wzrokowe z metodami bezwzrokowymi)

**Na podstawie z art. 27 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 j.t.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka / podopiecznego (wypełnić jeśli dotyczy):**

.....  
(*imię i nazwisko dziecka / podopiecznego*)

**przez Dyrektora Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie w celach realizacji projektu „Virtualna Warszawa”.**

---

(*miejsowość, data*)

(*własnoręczny podpis osoby składającej wniosek*)

Administratorem danych jest Dyrektor Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Warszawie, ul. Lipińska 2. Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu realizacji zadania pn. *„Dofinansowanie do zakupu telefonów komórkowych typu smartphone dla osób z dysfunkcją narządu wzroku”* realizowanego w ramach projektu *„Virtualna Warszawa”* i będą przekazywane organizacji pozarządowej realizującej zadanie, wyłonionej w otwartym konkursie ofert. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści jej danych oraz możliwość ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne jednak bez ich podania nie jest możliwe uczestnictwo w projekcie.