

DATA WPŁYWU WNIOSKU

Nr sprawy: RSN.700.4. 2021

WNIOSEK

O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO NABYCIA PRZEZ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	DANE PERSONALNE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO, PEŁNOMOCNIKA
Imię.....	Imię.....
Nazwisko.....	Nazwisko.....
Adres zamieszkania	Adres zamieszkania
.....
Telefon	Telefon
Stan cywilny:*	
Data urodzeniar.	
PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> **	PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> **

2. INFORMACJE O POSIADANEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI***

- znaczny stopień niepełnosprawności /całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji /I grupa inwalidzka
- umiarkowany stopień niepełnosprawności/całkowita niezdolność do pracy /II grupa inwalidzka
- lekki stopień niepełnosprawności /częściowa niezdolność do pracy /III grupa inwalidzka
- orzeczenie o niepełnosprawności (dzieci do 16 roku życia)

Ważność dokumentu ** stała okresowa do

* w pozycji stan cywilny należy wpisać odpowiednio: panna/kawaler, mężatka/żonaty, wdowa/wdowiec, rozwiedziony/rozwiedziona

** w przypadku gdy nie nadano nr PESEL należy podać nr i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość

** właściwe zakreślić znakiem X

3. CEL DOFINANSOWANIA DO ZAOPATRZENIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ W SPRZĘT REHABILITACYJNY

a) *Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego wraz z krótką charakterystyką jego przeznaczenia:*

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

b) *Wartość sprzętu rehabilitacyjnego (w zł.)*
(słownie: zł.)

c) *Wnioskowana kwota (max. do 80% wartości sprzętu)* zł.
(słownie: zł.)

4. UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU (UWAGA – brak uzasadnienia będzie miał wpływ na rozpatrzenie wniosku)

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

5. INFORMACJA O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód rodziny** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób** we wspólnym gospodarstwie domowym za **kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek** wynosił:

..... zł. (słownie: zł.)

OŚWIADCZAM, ŻE RAZEM ZE MNĄ WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM POZOSTAJĄ NASTĘPUJĄCE OSOBY:

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA Z WNIOSKODAWCĄ (np. żona, mąż, córka, syn itp.)	PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD (NETTO)
1. <i>Wnioskodawca</i>	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
RAZEM	

OŚWIADCZENIE

1. Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz.1444 z późn. zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy zawartej z Funduszem, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Jaworzno, dnia

.....
Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU:

1. **Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego posiadany stopień niepełnosprawności lub niepełnosprawność** (dzieci do 16 roku życia) wraz z oryginałem - do wglądu,
2. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – **kserokopię zaświadczenia lub wyroku sądu o ustanowieniu opieki prawnej** wraz z oryginałami - do wglądu.
3. W przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika – **kserokopię pełnomocnictwa notarialnego** wraz z oryginałem – do wglądu.
4. **Zaświadczenie lekarskie** stwierdzające konieczność użytkowania wnioskowanego sprzętu w procesie rehabilitacji w warunkach domowych przy czynnym udziale osoby niepełnosprawnej wg załącznika nr 1 do niniejszego wniosku.
5. **Dokumenty potwierdzające wysokość osiąganych dochodów w gospodarstwie domowym** - do wglądu,
6. **Oferta cenowa lub faktura pro – forma** dotycząca zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Jaworzno, dnia

.....
Podpis osoby przyjmującej wniosek

WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS:

Wnioskodawca **SPEŁNIA/NIE SPEŁNIA*** kryterium, które wynosi:

..... – na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,

..... – na osobę samotną.

.....
Podpis i pieczęć pracownika MOPS

* niepotrzebne skreślić

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH I DANYCH TRANSMISYJNYCH

INFORMACJE OGÓLNE

Od 25 maja 2018 r. stosowane jest Rozporządzenie 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 osobowych), Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1, w skrócie: RODO. RODO nakazuje, aby podmiot decydujący o tym, w jaki sposób i w jakim celu przetwarzane są dane osobowe, czyli tzw. administrator danych, przekazał Państwu informacje niezbędne do zapewnienia rzetelności i przejrzystości przetwarzania danych osobowych.

ADMINISTRATOR DANYCH

Administratorem Państwa danych osobowych (dalej jako: „Administrator”) jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaworznie z siedzibą przy ul. Północna 9b, 43-600 Jaworzno, NIP:6320008213, REGON: 003451016, tel. (0-32) 618-18-40, fax (0-32) 618-18-41, strona internetowa: www.mops.jaworzno.pl, e-mail: mops@mops.jaworzno.pl.

DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH

We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora Danych można uzyskać informację, kontaktując się z Inspektorem Ochrony Danych:

- 1) za pośrednictwem poczty elektronicznej, przysyłając informację na adres e-mail: angelika@informatics.jaworzno.pl
- 2) listownie i osobiście pod adresem siedziby Administratora Danych: ul. Północna 9b, 43-600 Jaworzno

CEL ORAZ PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Dane są przetwarzane w celu realizacji usług świadczonych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaworznie. Podstawa prawna przetwarzania danych w zakresie działań stanowiących główny cel Administratora wynika w szczególności z n/w przepisów prawa:

- ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- ustawa z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów;
- ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych;
- ustawa z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci;
- ustawa z dnia 5 grudnia 2014 r. o karcie dużej rodziny;
- ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie;
- ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty;
- ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy;
- ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny;
- ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego;
- ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej;
- ustawa z dnia 21 listopada 2008 r. – o pracownikach samorządowych;
- ustawa z dnia 12 grudnia 2013 r. – o cudzoziemcach;
- ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. – o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. – o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej;
- aktów wykonawczych.

Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym koniecznym do realizacji zadań statutowych ośrodka. Dodatkowo możemy prosić o podanie danych opcjonalnych za Państwa zgodą, których niepodanie znacząco utrudni prawidłową organizację pracy i wpłynie na jakość świadczonych usług.

OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH

Państwa dane osobowe będą przechowywane:

- 1) Przez okres zgodny z odpowiednimi przepisami prawa dot. postępowania z dokumentacją, zasad jej klasyfikowania i kwalifikowania oraz zasad i trybu przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych
- 2) Do momentu wycofania zgody przez osobę, której dane dotyczą, jeśli dane są przetwarzane w oparciu o wyrażoną zgodę.

ODBIORCY DANYCH

Dostęp do danych będą miały osoby pracujące i współpracujące z Administratorem Danych w zakresie realizacji zadań statutowych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Państwa dane w przypadkach ściśle określonych przepisami prawa mogą zostać ujawnione poprzez przesłanie uprawnionym podmiotom.

PRZEKAZYWANIE DANYCH OSOBOWYCH POZA OBSZAR EOG

Administrator Danych nie zamierza przekazywać Państwa danych poza obszar Europejskiego Obszaru Gospodarczego (tj. obszar obejmujący kraje Unii Europejskiej, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

PRAWA OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ

Informujemy, że przysługują Państwu następujące prawa dotyczące danych osobowych:

- 1) Dostępu do danych osobowych, tj. uzyskania informacji, czy Administrator przetwarza Państwa dane, a jeśli tak, to w jakim zakresie,
- 2) Sprostowania danych osobowych, w przypadku, gdy Państwa zdaniem są one nieprawidłowe lub niekompletne,
- 3) Ograniczenia przetwarzania danych, tj. nakazania przechowywania danych dotychczas zebranych przez Administratora i wstrzymania dalszych operacji na danych,
- 4) Usunięcia danych osobowych,
- 5) Przenoszenia danych osobowych,
- 6) Prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, gdy przetwarzanie danych odbywa się, w oparciu o wyrażoną zgodę – z zastrzeżeniem, że wycofanie tej zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- 7) Prawo do sprzeciwu
- 8) Wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) w przypadku, gdy Państwa zdaniem przetwarzanie danych osobowych przez Administratora odbywa się z naruszeniem prawa.

INFORMACJA O ZAUTOMATYZOWANYM PODEJMOWANIU DECYZJI

Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również profilowane, co oznacza, że żadne decyzje wywołujące wobec Państwa skutki prawne lub w podobny sposób na Państwa istotnie wpływające nie będą oparte wyłącznie na automatycznym przetwarzaniu danych osobowych i nie wiążą się z taką automatycznie podejmowaną decyzją.

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 3 miesiące)

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jaworznie w celu dofinansowania zaopatrzenia osoby niepełnosprawnej w sprzęt rehabilitacyjny

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy*:

dysfunkcji narządu ruchu dysfunkcji narządu wzroku dysfunkcji narządu słuchu

innej dysfunkcji*

krótka charakterystyka

Na podstawie posiadanej wiedzy medycznej stwierdzam, że poniższy sprzęt rehabilitacyjny

.....
nazwa sprzętu rehabilitacyjnego

jest niezbędny w procesie rehabilitacji pacjenta w warunkach domowych.

Przewidywane efekty rehabilitacji przy zastosowaniu ww. sprzętu rehabilitacyjnego:

.....
.....

Uzasadnienie:

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

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* właściwe zakreślić znakiem X