

**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W SOSNOWCU**

Wniosek złożono w dniu .....
Przyjął .....

Nr sprawy (wypełnia MOPS):
<b>ZRS.5402.5.....202.....</b>

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków PFRON sprzętu rehabilitacyjnego**

**1. Informacje o Wnioskodawcy**

<p><b>DANE WNIOSKODAWCY (osoba z niepełnosprawnością)</b></p> <p>.....</p> <p align="center">imię i nazwisko</p> <p>PESEL .....</p> <p>Nr telefonu .....</p>	<p><b>DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (dla małoletniego wnioskodawcy), OPIEKUNA PRAWNEGO (wyrok sądu), PEŁNOMOCNIKA (pełnomocnictwo notarialne)</b></p> <p>.....</p> <p align="center">imię i nazwisko</p> <p>PESEL .....</p> <p>Nr telefonu .....</p>
<p align="center"><b>ADRES ZAMIESZKANIA</b></p> <p>SOSNOWIEC, .....</p> <p align="center">kod pocztowy</p> <p>.....</p> <p align="center">ulica, nr domu i mieszkania</p>	<p align="center"><b>ADRES KORESPONDENCYJNY (WPISUJE SIĘ, JEŻELI JEST INNY OD ADRESU ZAMIESZKANIA)</b></p> <p>.....</p> <p align="center">miejscowość i kod pocztowy</p> <p>.....</p> <p align="center">ulica, nr domu i mieszkania</p>
<p align="center"><b>INFORMACJE O POSIADANEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI *</b></p> <p><input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności/całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji/I grupa inwalidzka</p> <p><input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności/całkowita niezdolność do pracy/II grupa inwalidzka</p> <p><input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności/ częściowa niezdolność do pracy/ III grupa Inwalidzka</p> <p><input type="checkbox"/> osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności</p>	
<p>Ważność orzeczenia * <input type="checkbox"/> stała <input type="checkbox"/> okresowa do .....</p> <p>*) właściwe zakreślić znakiem X</p>	



## 7. Oświadczenie

Oświadczam, że mój przeciętny, miesięczny dochód (**netto**) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł ..... zł/osobę.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....(podać liczbę).

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

## 8. Załączniki wymagane do wniosku

- a) Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności Wnioskodawcy
- b) Aktualne zaświadczenie lekarskie wg załącznika nr 1 do niniejszego wniosku (zaświadczenie ważne jest 1 miesiąc)
- c) Kosztorys ofertowy na wnioskowany przedmiot
- d) Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego lub wyroku sądu dotyczącego ubezwłasnowolnienia (jeżeli występuje).

## 9. UWAGI!

- a) We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „**Nie dotyczy**”.
- b) Dofinansowaniu nie podlegają koszty poniesione przed przyznaniem dofinansowania.
- c) Podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

## 10. Oświadczenia

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy

## 11. Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych informujemy, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Sosnowcu przy ul. 3 Maja 33, e-mail: kancelaria@mopssosnowiec.pl;
1. w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Sosnowcu wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych:
  - w siedzibie MOPS w Sosnowcu przy ul. 3 Maja 33,
  - kierując pisma na adres administratora,
  - kierując pisma na elektroniczną skrzynkę podawczą /MOPSSosnowiec/SkrytkaESP,

– kierując pisma na adres do e-Doręczeń AE:PL-64511-87131-FWVRC-14.

2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznania dofinansowania zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa (art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), a także gdy przetwarzanie będzie niezbędne do wypełnienia obowiązków przez administratora w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej (art. 9 ust. 2 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych);
3. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane następującym odbiorcom danych: podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa w tym PFRON – al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa oraz innym podmiotom wspierającym działalność administratora takim jak np. Poczta Polska, podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW na zlecenie PFRON.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt Ośrodka, tj. do zakończenia okresu ich archiwizacji;
5. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania oraz prawo do usunięcia danych po zakończeniu okresu ich przetwarzania;
6. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy o ochronie danych osobowych;
7. podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiem osób niepełnosprawnych, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie nierozpatrzenie wniosku;
8. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również w formie profilowania oraz nie będą przekazane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

-----  
**Weryfikacja wniosku:**  pozytywna  negatywna.....

Lp.	Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego	Wartość sprzętu	Udział własny	Wysokość dofinansowania
Słownie.....				RAZEM:

.....  
data i podpis pracownika MOPS

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu 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:

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

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcji narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcji układu krążenia                                      | <input type="checkbox"/> dysfunkcja głosu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja mowy |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcje neurologiczne | <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe tj.....(krótka charakterystyka) |   |  |
| <input type="checkbox"/> innej dysfunkcji tj..... |  |   |  |

Na podstawie posiadanej wiedzy medycznej zalecam stosowanie poniższego sprzętu rehabilitacyjnego w procesie rehabilitacji pacjenta w warunkach domowych:

.....  
(nazwa sprzętu rehabilitacyjnego)

Przewidywane efekty rehabilitacji przy zastosowaniu ww. sprzętu rehabilitacyjnego:

.....  
.....

Charakterystyka posiadanej niepełnosprawności:

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

.....  
data

.....  
pieczęć i podpis lekarza

\* właściwe zakreślić znakiem X

\*\* o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić