

Data wpływu wniosku:	Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny	Nr sprawy: BZiRON.750.....20....
----------------------	---	-------------------------------------

I.1. DANE WNIOSKODAWCY: (osoby niepełnosprawnej: dorosłej lub dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej)	I.2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (rodzica)/ OPIEKUNA PRAWNEGO/ PEŁNOMOCNIKA: (WYPEŁNIĆ, GDY WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ, UBEZWŁASNOWOLNIONEJ, itp..)
<p>.....</p> <p>Imię i nazwisko</p> <p>□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</p> <p>PESEL</p> <p>Seria Nr Ważny do:.....</p> <p>Dowód osobisty</p> <p>Wydany przez</p> <p>Dowód osobisty</p> <p>.....</p> <p>Adres zamieszkania, 18-400 Łomża</p> <p>.....</p> <p>Telefon</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>Imię i nazwisko</p> <p>□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</p> <p>PESEL</p> <p>Seria Nr Ważny do:.....</p> <p>Dowód osobisty</p> <p>Wydany przez</p> <p>Dowód osobisty</p> <p>.....</p> <p>Adres zamieszkania, 18-400 Łomża</p> <p>.....</p> <p>Telefon</p> <p>- Opiekun prawny**/ pełnomocnik**/ przedstawiciel** (** właściwe zaznaczyć) ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia syg. akt.</p> <p>- Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia Repet. Nr.....</p>

II. Stopień niepełnosprawności:	ZAZNACZYĆ X
<input type="checkbox"/> wydany na stałe <input type="checkbox"/> wydany na czas określony do	
1. znaczny /inwalidzi I grupy/ /osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji/	
2. umiarkowany inwalidzi II grupy/ /osoby całkowicie niezdolne do pracy/	
3. lekki / inwalidzi III grupy/ /osoby częściowo niezdolne do pracy/	
4. osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998 r.	
5. osoby w wieku do 16 lat z orzeczeniem o niepełnosprawności	

III. Rodzaj niepełnosprawności	ZAZNACZYĆ X
1. dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządów ruchu	
3. dysfunkcja narządów wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

IV. Korzystanie ze środków finansowych PFRON		ZAZNACZYĆ X
1. nie korzystałem/am//		
2. korzystałem/am/ na jaki cel		
.....:		
a) rozliczyłem/am się z dofinansowania		
b) w trakcie rozliczenia dofinansowania		
c) nie rozliczyłem/am się z dofinansowania		

V. Miejsce realizacji zadania
.....

VI. Rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego /cel dofinansowania/
.....
.....
.....
.....
.....

VII. Wpływ realizacji wniosku na poprawę sprawności psychofizycznej osoby niepełnosprawnej i jakości jej społecznego funkcjonowania /uzasadnienie zakupu/
.....
.....
.....
.....
.....

VIII. Przewidywany koszt likwidacji barier
Złoty (liczbą): (słownie:)

IX. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON
Złoty (liczbą): (słownie:)

X. Przewidywany termin realizacji zadania /rozpoczęcie-zakończenie/
.....

XI. Informacja o innych źródłach finansowania zadania
.....

XII. Numer konta bankowego wnioskodawcy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BANK

XIII. Oświadczenie o dochodach

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi osoba/osób
Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto na osobę w rodzinie obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi: zł

Uwaga:

przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych to **dochód** pomniejszony o:

- podatek dochodowy od osób fizycznych,
- składkę ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego,
- składkę ubezpieczenia zdrowotnego,
- kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób,

podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczenia

1. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów związanych z udzieleniem dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego ze środków PFRON
3. Uprzedzona/ o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
4. Oświadczam, że posiadam środki własne na pokrycie wkładu własnego /min. 20% przy zakupie sprzętu rehabilitacyjnego.
5. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:
 - a) o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego mogą ubiegać się **wyłącznie** osoby niepełnosprawne stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności i jeżeli zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu
 - b) dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku były stroną umowy zawartej z PFRON i która została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie tej osoby;
 - c) dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie;
 - d) maksymalne dofinansowanie ze środków PFRON może wynosić **80 %** kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego
6. „Upředzony o odpowiedzialności wynikającej z art.297§ 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym”

XiV. Podpis

.....
(Data, podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

Załączniki do wniosku

1. kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność /oryginał do wglądu/
2. zaświadczenie lekarskie – od lekarza specjalisty - o rodzaju niepełnosprawności i konieczności stosowania konkretnego sprzętu rehabilitacyjnego /rodzaj, ilość/ oraz o potrzebie prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu danego sprzętu
3. oferta cenowa sprzętu rehabilitacyjnego / rodzaj, ilość, cena / łącznie min. 2 oferty cenowe/
4. dowód osobisty do wglądu
5. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

***Zaświadczenie wydane dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę
niepełnosprawną dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny
/ wypełnia lekarz specjalista stosownie do rodzaju niepełnosprawności/***

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny

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

W ramach procesu rehabilitacji zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji do w warunkach
domowych przy pomocy:

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

(nazwa sprzętu-wymienić jaki)

Uzasadnienie konieczności zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze względu na potrzeby wynikających
z niepełnosprawności

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

.....
(Data)

.....
(Pieczęćka imienna i podpis lekarza specjalisty)

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ul. Dworna 23B, 18-400 Łomża, jako administrator Państwa danych osobowych na podst. art. 13 rozporządzenia nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27.04.2016 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 (zwanego dalej RODO) informuje, że:

Przetwarzanie Państwa danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łomży, odbywać się będzie:

- 1) gdy, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
- 2) w przypadku udzielenia przez osobę, której dane dotyczą, zgody na przetwarzanie danych osobowych (na podstawie art.6 ust. 1 lit. a RODO),
- 3) w przypadku niezbędności do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy (na podstawie art.6 ust. 1 lit. b RODO),
- 4) w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (na podstawie art.6 ust. 1 lit e RODO),
- 5) w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej (na podstawie art.6 ust. 1 lit. d RODO).
- 6) W zakresie przetwarzania Państwa danych osobowych mają Państwo prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
- 7) Mają Państwo prawo do żądania od Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łomży:
 - dostępu do swoich danych osobowych (na zasadach określonych w art. 15 RODO);
 - sprostowania Państwa danych osobowych (na zasadach określonych w art. 16 RODO);
 - usunięcia Państwa danych osobowych (na zasadach określonych w art. 17 RODO).
- 8) Jeżeli przetwarzanie Państwa danych osobowych następuje na podstawie Państwa zgody, mają Państwa prawo do cofnięcia w dowolnym momencie tej zgody. Cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego Ośrodek dokonywał na podstawie złożonej przez Państwa zgody, do momentu jej wycofania.
- 9) Konsekwencją niepodania przez Państwa danych osobowych będzie brak możliwości świadczenia przez Ośrodek usługi, o którą się Państwo staracie.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych:: Inspektor Ochrony Danych - Wiesław Wieczorek tel. 86 216 4260 wew. 25, ul. Dworna 23B, 18-400 Łomża lub wwieczorek@mopslomza.pl

Niniejsza informacja ma charakter ogólny. Szczegółowa informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych oraz przysługujących Państwu w związku z tym praw, stanowiąca realizację obowiązku informacyjnego administratora, o którym mowa w art. 13 RODO, zostanie Państwu przekazana każdorazowo w związku z załatwieniem konkretnej sprawy.

.....
(data i podpis klienta)