

Data wpływu wniosku:	WNIOSEK o dofinansowanie/refundację ze środków PFRON zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	Nr sprawy: BZiRON.77.....20.....
----------------------	---	-------------------------------------

1. DANE WNIOSKODAWCY: (osoby niepełnosprawnej)	2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (rodzica)/ OPIEKUNA PRAWNEGO/ PEŁNOMOCNIKA: (WYPEŁNIĆ, GDY WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ, UBEZWŁASNOWOLNIOSNEJ, itp.,)
<p>.....</p> <p>Imię i nazwisko</p> <p>.....</p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>PESEL</p> <p>Seria i nr dowodu osobistego</p> <p>Dowód os. ważny do dnia</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><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>PESEL</p> <p>.....</p> <p>Adres zamieszkania, 18-400 Łomża</p> <p>.....</p> <p>Telefon</p> <p>- Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia syg. akt.</p> <p>- Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia Repet. Nr.....</p>

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

4. Cel dofinansowania:				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">Nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego:</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Kwota wnioskowana:</td> <td>.....</td> </tr> </table>	Nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego:	Kwota wnioskowana:
Nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego:			
Kwota wnioskowana:			

5. Forma przekazania środków finansowych:	ZAZNACZYĆ X
a. Odbiór osobisty w kasie MOPS ul. Dworna 23b	
b. Odbiór przez osobę upoważnioną w kasie MOPS ul. Dworna 23b: Imię i Nazwisko, Adres zamieszkania: Seria i nr dowodu osobistego, ważny do dnia telefon	
c. Przelew na konto osobiste wnioskodawcy/ właściciela konta: imię i nazwisko <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
d. Przelew na konto firmy/sprzedawcy	

Oświadczenie o dochodach

Pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233§ 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy ja niżej podpisany oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód /netto/** w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia**

wniosku wynosi:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....

Uwaga:

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

- podatek dochodowy od osób fizycznych,
- składkę ubezpieczenia społecznego,
- 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

Oświadczam, że byłem/ nie byłem* /właściwe podkreślić/ w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów związanych z udzieleniem dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
*podpis wnioskodawcy/ przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego,
pełnomocnika*

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność **/oryginał do wglądu/**
2. Faktura na przedmiot ortopedyczny lub środki pomocnicze określająca faktyczną cenę zakupionego przedmiotu, kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotę udziału własnego
3. Kserokopia zrealizowanego zlecenia lekarskiego z potwierdzonym limitem NFZ /potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę/
4. W przypadku, gdy Wnioskodawca nie może samodzielnie odebrać środków PFRON w kasie MOPS, należy dostarczyć:
 - zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożliwość stawiennictwa osobistego,
 - upoważnienie Wnioskodawcy (zawierające dane tj. imię i nazwisko, adres zamieszkania, PESEL, seria i nr dowodu osobistego).
5. Dokument stwierdzający pełnomocnictwo/ ubezwłasnowolnienie (ksero)
6. Oświadczenie, o otrzymaniu/nieotrzymaniu środków finansowych z innych źródeł (np.: fundacje, stowarzyszenia, zbiórki – jakie:

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](mailto:wieczorek@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)

Wypełnia pracownik MOPS -BZiRON

Dane dotyczące zakupu przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego:

Ilość sztuk						
Całkowity koszt						
Limit cenowy NFZ						
Kwota refundacji przez NFZ						
Udział własny						
Kwota wnioskowana						
Kwota dofinansowania ze środków PFRON						