

MOPS-DPN.4244.....

.....

data wpływu

### WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
wydatków na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych.**

1. Dane dotyczące wnioskodawcy :

imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej: .....

adres zamieszkania: .....

nr PESEL .....

2. Nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego: .....

..... sztuk .....

**telefon:** .....

3. Kwotę dofinansowania proszę:

a) przelać na konto:\* .....

imię, nazwisko i adres posiadacza konta.....

b) wypłacić gotówką wskazanej osobie:\*

nazwisko i imię:.....

adres zamieszkania: .....

seria i numer dowodu osobistego.....

PESEL: .....

.....  
data

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

*\*niepotrzebne skreślić*

#### Załączniki do wniosku:

1. Kopia dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność-**oryginał do wglądu**
2. Fakturę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, **albo** kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz terminem realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.
3. Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach.

## OŚWIADCZENIE

wnioskodawcy o dochodach

Dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu w celu uzyskania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Ja niżej podpisany(a) .....

Zamieszkały(a) w Kaliszu ulica ....., nr domu....., nr mieszkania.....

**Oświadczam**, że razem za mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód
1.		<b>wnioskodawca</b>	
2.			
3.			
4.			
5.			
<b>Razem</b>			

**Oświadczam**, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił ..... zł .....gr. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

**Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

Kalisz, dnia.....

data

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

### OŚWIADCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ

**Uprowadzona/y** o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 §1 i§1a ustawy z dnia 6 czerwca 1997r Kodeksu Karnego oświadczam, że podane we wniosku oraz w załącznikach informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

„§1.Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. §1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w §1zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższymi, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.”

.....  
czytelny podpis

**Oświadczam**, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu zgodnie z art. 6 ust 1a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, dalej: RODO) w celu realizacji niniejszego wniosku, udzielenia wsparcia, kontroli, sprawozdawczości oraz na występowanie do innych podmiotów w ramach postępowania zainicjowanego niniejszym wnioskiem, w celu uzyskania moich danych osobowych niezbędnych do przeprowadzenia postępowania.

.....  
czytelny podpis

## KLAUZULA INFORMACYJNA MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W KALISZU

W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu (dalej: MOPS w Kaliszu).

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu z siedzibą przy ul. Obywatelskiej 4, 62 - 800 Kalisz, (nr tel.: +48 (62)7574510), adres e-mail: [sekretariat@mops-kalisz.pl](mailto:sekretariat@mops-kalisz.pl)

2. W MOPS w Kaliszu wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu: +48 (62) 757 45 10 lub +48 506 162 271 lub adresem e-mail: [mops.doa@mops-kalisz.pl](mailto:mops.doa@mops-kalisz.pl)

3. MOPS w Kaliszu może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu:

\* umożliwienia interesariuszom realizacji uprawnień i obowiązków wymaganych przepisami powszechnie obowiązującego prawa,

\* zapewnienie możliwości realizacji zadań wynikających z zapisów statutu Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu,

\* zapewnienia bezpieczeństwa osób, mienia i informacji w MOPS w Kaliszu poprzez monitoring z zachowaniem prywatności i godności osób,

\* dostarczania do organizacji nowych zasobów materialnych, usług i praw,

\* obsługi procesów rekrutacji i zatrudnienia.

4. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt 3, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji.

6. W związku z przetwarzaniem przez MOPS w Kaliszu, Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:

\* dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO;

\* sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;

\* ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;

7. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez MOPS w Kaliszu Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO,

przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kaliszu (Administrator Danych Osobowych w MOPS Kalisz)

.....  
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....  
czytelny podpis