

MOPS-DPN.4243.....

W N I O S E K

O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

1. Dane dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

.....syn/córka.....
(imię i nazwisko) (imię ojca)

Nr PESEL

nr kodu-.....poczt województwo/powiat/
dokładny adres zamieszkania

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

nazwa banku i numer rachunku bankowego

nr telefonu

Proszę o
dofinansowanie:
(należy podać nazwę sprzętu rehabilitacyjnego)

Przewidywany koszt realizacji zadania

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

cyfrą:.....(słownie:.....zł)

Oświadczam że posiadam środki na pokrycie udziału własnego który wynosi*.....zł

*minimum 20% ceny nominalnej

Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

| | | |
|---|------------|------------|
| Czy wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON | TAK | NIE |
| Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON | TAK | NIE |

| Numer i data zawarcia umowy | Kwota przyznana | Cel | Termin rozliczenia | Stan rozliczenia | Źródło; PFRON, MOPS |
|-----------------------------|-----------------|-----|--------------------|------------------|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

OŚWIADCZENIE

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 wyniósłzł.....gr.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

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

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

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ

Upprzedzona/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 §1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, 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

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

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

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:

.....syn/córka.....
nazwisko i imię/imiona *imię ojca*

dowód osobisty:

seria nr wydany w dniu przez

dokładny adres:

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

nr kodu-..... poczta województwo/powiat/.....

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*

.....
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ... sygn. akt*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ... z dn. ... repert. nr ...)

.....
* niepotrzebne skreślić

PESEL

Załączniki do wniosku

1. Kserokopia orzeczenie o niepełnosprawności, **(oryginał do wglądu)**
2. Zaświadczenie lekarskie zalecające zaopatrzenie we wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny, dokumentujące, że z uwagi na stan zdrowia rehabilitacja przy użyciu danego sprzętu może odbywać się tylko w warunkach domowych.