

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

**1. Dane wnioskodawcy lub opiekuna prawnego**

Imię i nazwisko				Data urodzenia	
Adres zamieszkania: ulica, nr domu / mieszkania				Kod pocztowy <b>Gdynia</b>	
Telefon			PESEL		
Nr dowodu osobistego		Ważny do		Dowód wydany przez	
Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż ww.: ulica, nr domu / mieszkania				Kod pocztowy Miejscowość	

**2. Dane dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej**

Imię i nazwisko				Data urodzenia	
Adres zamieszkania: ulica, nr domu / mieszkania				Kod pocztowy <b>Gdynia</b>	
Nr dowodu osobistego		PESEL			
Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż ww.: ulica, nr domu / mieszkania				Kod pocztowy Miejscowość	

**3. Informacje dotyczące dofinansowania**

Cel dofinansowania (nazwa sprzętu)			Przewidywany koszt zakupu sprzętu	
Miejsce użytkowania sprzętu		Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania (wypełnia pracownik MOPS)		
Informacja o przyznanych wcześniej środkach Funduszu z określeniem kwoty, nr zawartej umowy, celu dofinansowania, daty przyznania oraz stanu rozliczenia				

**4. Informacja o dochodach**

**UWAGA ! Do dochodu nie wlicza się świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku i dodatku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych**  
*\* Średni miesięczny dochód pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych wraz ze składką na ubezpieczenie zdrowotne, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób oraz powiększony o kwotę otrzymywanych alimentów podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.*

Lp	Osoby we wspólnym gospodarstwie domowym stopień pokrewieństwa mąż, żona, syn, córka, itp.	Wiek	Źródło dochodu należy wymienić wszystkie źródła dochodu wynagrodzenie, renta, emerytura, inne	Średni miesięczny dochód netto*
1	WNIOSKODAWCA			
<b>RAZEM</b>				

**5. Oświadczenie. Oświadczam, że:**

▪ liczba członków rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym (razem z wnioskodawcą) wynosi		
▪ średni miesięczny dochód <b>netto rodziny</b> wynosi (bez świadczeń rodzinnych i świadczeń z pomocy społecznej)		
▪ średni miesięczny dochód <b>netto na osobę</b> w rodzinie wynosi		
<p><b>Pouczenie:</b> Zgodnie art. 233 § 1 kodeksu karnego, 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 do lat 3. Pouczona/y o odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że <b>nie posiadam</b> zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz <b>nie była/em</b> stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.</p> <p><b>Podstawa prawna:</b> Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.). Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926 z późn. zm.).</p>		
Gdynia, dnia		Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika

**6. Forma przekazania dofinansowania (proszę o wybranie tylko jednej z opcji)**

Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania <b>na wskazany przeze mnie</b> rachunek bankowy		
Nazwa banku		Dane właściciela rachunku Imię, nazwisko, adres
Nr konta		
lub		
Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania <b>na konto firmy</b> , w której dokonam zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.		
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub pełnomocnika		

**UWAGA! Przed zawarciem umowy dofinansowania proszę nie dokonywać zakupów związanych z niniejszym wnioskiem, ponieważ nie będzie można ich dofinansować.**

Załączniki do wniosku

**UWAGA! gdy wymagane jest złożenie kserokopii dokumentów niezbędne jest przedstawienie oryginałów do wglądu.**

- Dowód osobisty wnioskodawcy/pełnomocnika** - do wglądu w dniu składania wniosku.
- Kserokopia orzeczenia** o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia do celów rentowych.
- Zaświadczenie lekarskie** zawierające rozpoznanie jednostki chorobowej, wskazanie konieczności korzystania z danego sprzętu rehabilitacyjnego oraz brak przeciwwskazań zdrowotnych.
- Dokumenty potwierdzające uzyskane dochody we wspólnym gospodarstwie domowym:** decyzja o waloryzacji renty/emerytury, zaświadczenie z zakładu pracy o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku lub inne dokumenty potwierdzające źródło i wysokość dochodu - oryginały do wglądu.
- Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego** - w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika.
- Kserokopia zaświadczenia lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego** - w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej.
- Inne załączniki niezbędne do weryfikacji danych, których nie można uzyskać na podstawie złożonego wniosku.

**7. Wypełnia pracownik MOPS w Gdyni**

Data wpływu wniosku		Pieczętka i podpis pracownika	
ADNOTACJE URZĘDOWE			

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 95/4/WE (RODO) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.) informuje, iż:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni, ul. Grabowo 2, 81-265 Gdynia.
  2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy jest pod numerem tel. 58 782-01-20, od poniedziałku do piątku, w godz. 7.30 - 15.30.
  3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji dofinansowania **zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny** ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO oraz w związku z art. 35 a ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (*Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.*).
  4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa tj. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II 13, a także inne organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa oraz inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Gdyni przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni.
  5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych i sporządzonej na ich podstawie Instrukcji Kancelaryjnej obowiązującej w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Gdyni, a po jego zakończeniu zostaną niezwłocznie usunięte.
  6. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
    - 1) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
    - 2) prawo do żądania sprostowania (poprawienia) danych osobowych w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
    - 3) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. Prawo do bycia zapomnianym) w przypadku, gdy:
      - dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
      - wniosła Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,
      - cofnęła Pani / cofnął Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych w przypadku, gdy była to jedyna przesłanka przetwarzania danych,
      - dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
      - dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
    - 4) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku, gdy:
      - kwestionuje Pani/Pan prawidłowość danych osobowych,
      - przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem,
      - Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, potrzebuje ich Pan/i do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń swoich roszczeń,
      - wniosła Pani/ wniósł Pan sprzeciw wobec przetwarzania danych - do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;
    - 5) prawo do przenoszenia danych w przypadku, gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
      - przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy lub na podstawie zgody,
      - przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany;
    - 6) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadku, gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
      - zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora
      - przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych.
- Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych osobowych - ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, iż Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawa.
  8. Podanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości realizacji dofinansowania ze środków PFRON.
  9. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu ani nie będą przekazywane do państw trzecich w rozumieniu RODO.

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika