

(data i pieczęć wpływu)

WNIOSEK**O DOFINANSOWANIE lub REFUNDACJĘ ZE ŚRODKÓW PFRON ZAOPATRZENIA
W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE****Uwaga!** - We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, właściwe odpowiedzi zaznaczyć znakiem , ewentualnie wpisać: "NIE DOTYCZY".

W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać "w załączeniu - załącznik nr" czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
IMIĘ	NAZWISKO
DATA URODZENIA : <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PESEL: <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"/>
ADRES / MIEJSCE ZAMIESZKANIA ¹	
ULICA	NR DOMU NR LOK.
MIEJSCOWOŚĆ	KOD POCZTOWY: ____ - ____
DANE PERSONALNE: <input type="checkbox"/> PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO <i>DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY</i> , <input type="checkbox"/> OPIEKUNA PRAWNEGO, <input type="checkbox"/> PEŁNOMOCNIKA, <input type="checkbox"/> KURATORA <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
IMIĘ	NAZWISKO
DATA URODZENIA : <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PESEL: <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"/>
ADRES / MIEJSCE ZAMIESZKANIA ¹	
ULICA	NR DOMU NR LOK.
MIEJSCOWOŚĆ	KOD POCZTOWY: ____ - ____
DANE DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO PRAWO DO WYSTĘPOWANIA W IMIENIU WNIOSKODAWCY:	
ADRES KORESPONDENCYJNY - NALEŻY WPISAĆ, JEŚLI JEST INNY OD ADRESU ZAMIESZKANIA:	
<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
DANE KONTAKTOWE	
TELEFON	
E-MAIL	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> ZNACZNY	<input type="checkbox"/> CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI LUB CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI	<input type="checkbox"/> I GRUPA
<input type="checkbox"/> UMIARKOWANY	<input type="checkbox"/> CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	<input type="checkbox"/> II GRUPA
<input type="checkbox"/> LEKKI	<input type="checkbox"/> CZĘŚCIOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	<input type="checkbox"/> III GRUPA
<input type="checkbox"/> ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (DZIECI DO 16 ROKU ŻYCIA)		
ORZECZENIE WAŻNE: <input type="checkbox"/> BEZTERMINOWO, <input type="checkbox"/> OKRESOWO DO DNIA: ____ - ____ - ____		

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

OŚWIADCZAM, ŻE **PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD** (W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH²), OBLICZONY ZA **KWARTAŁ POPRZEDZAJĄCY MIESIĄC ZŁOŻENIA WNIOSKU**, PODZIELONY PRZEZ LICZBĘ OSÓB WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM, WYNOŚIŁ: _____ zł.

LICZBA OSÓB WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM WYNOŚI: _____

CEL DOFINANSOWANIA

L.P	NAZWA PRZEDMIOTU ORTOPEDYCZNEGO I / LUB ŚRODKA POMOCNICZEGO	WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA:
1		
2		
3		
4		
5		
RAZEM:		

SPOSÓB PRZEKAZANIA PRYZNANEGO DOFINANSOWANIA**W PRZYPADKU DOKONANIA ZAKUPU PRZED ZŁOŻENIEM WNIOSKU:**

- WYPŁATA W KASIE MOPS (UL. GWARKÓW 24, MYSŁOWICE)
- PŁATNOŚĆ PRZEKAZEM POCZTOWYM (WYŁĄCZNIE NA ADRES ZAMIESZKANIA PODANY WE WNIOSKU)
- PRZELEW NA RACHUNEK OSOBISTY, BANK: _____

RACHUNEK NR

W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA PRZED ZAPŁACENIEM:

- PRZELEW NA RACHUNEK BANKOWY WYSTAWCY FAKTURY

OŚWIADCZAM ŻE:

- Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz, że wszystkie informacje zawarte we wniosku o dofinansowanie i w załącznikach do tego wniosku, są zgodne ze stanem faktycznym - przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania, prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1, 2 K.K.
- Przyjmuję do wiadomości i stosowania, konieczność złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów w przypadku, gdy MOPS poweźmie wątpliwości odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania.
- Podany we wniosku adres jest obecnie moim aktualnym miejscem zamieszkania (tj. miejscem gdzie przebywam z zamiarem stałego pobytu).
- Zobowiązuje się, niezwłocznie poinformować MOPS w Mysłowicach o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ich wystąpienia.

_____ dnia __ / __ / 20__ r.	
miejscowość	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO, PEŁNOMOCNIKA

¹ **miejscem zamieszkania** zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest miejscowość, w której osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem jej życia codziennego, w którym skoncentrowane są jej plany życiowe. O miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu. Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

² **dochód** - w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. 2020 r. poz.111 z późn. zm.) powiększony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, zasiłek pielęgnacyjny oraz kwotę świadczonych alimentów powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE lub REFUNDACJĘ ZE ŚRODKÓW PFRON ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE:

(WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PRACOWNIK MOPS w TRAKCIE PRZYJĘCIA WNIOSKU)

L.P	NAZWA ZAŁĄCZNIKA	ZAŁĄCZONO DO WNIOSKU			UZUPEŁNIONO W DNIU:
		TAK	NIE	NIE DOTYCZY	
1	Aktualny dokument stwierdzający niepełnosprawność (orzeczenie) wnioskodawcy – kopia, oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (wg załącznika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym lub pełnomocnictwo – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny/ pełnomocnik/ kurator – kopia, oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W PRZYPADKU DOKONANIA ZAKUPU PRZED ZŁOŻENIEM WNIOSKU:					
4	Oryginał opłaconej faktury za zakupione przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze wystawiona na osobę niepełnosprawną, określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Potwierdzona za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie (sklep), <u>kopia zrealizowanego zlecenia</u> na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (wypełnionego w całości).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA PRZED ZAPŁACENIEM:					
6	Kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Oferta określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INNE:					
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
 data i podpis pracownika DON
 dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

WERYFIKACJA WNIOSKU:

Wnioskodawca, na dzień złożenia wniosku **SPEŁNIA** / **NIE SPEŁNIA*** kryterium, które wynosi:

..... – na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym

..... – na osobę samotną

<input type="checkbox"/> POZYTYWNA <input type="checkbox"/> PEŁNA KWOTA DOFINANSOWANIA <input type="checkbox"/> DOFINANSOWANIE DO WYSOKOŚCI LIMITU	<input type="checkbox"/> NEGATYWNA <input type="checkbox"/> BRAK / WYCZERPANIE ŚRODKÓW <input type="checkbox"/> PRZEKROCZENIE KRYTERIUM DOCHOD. <input type="checkbox"/> INNE
---	---

Wypełnić w przypadku osób ubiegających się kolejny raz o dofinansowanie w danym roku:

Wykorzystane dofinansowanie (łącznie):

sprawa numer:

LIMIT ROCZNY:

wolne środki:

DOFINANSOWANIE:

Nazwa przedmiotu	Cena nabycia	Dofinansowanie z NFZ					Dopłata pacjenta	Kwota dofinansowania			Udział własny wniosk.
		limit	Dopłata NFZ		Udział własny			MAX.	kalkulacja do przyznania	PRYZNANE	
			kwota	%	kwota	%					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
RAZEM:											
WYPŁACONE / DO WYPŁATY:											

UWAGI:

.....

.....

.....

.....
data i podpis kierownika DON

.....
data i podpis pracownika dokonującego wyceny

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DOTYCZĄCY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

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 95/46/WE informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach mający siedzibę przy ul. Gwarków 24, 41-400 Mysłowice, reprezentowany przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mysłowicach (MOPS);
2. W MOPS w Mysłowicach wyznaczono inspektora ochrony danych osobowych - Panią Agnieszkę Kotwas, z którą można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem email: agnieszka.kotwas@mops-myslowice.pl;
3. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c oraz art. 9 ust. 2 pkt g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, w celu realizowania zadań z zakresu rehabilitacji społecznej w oparciu o Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 426 z późn. zm.) na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą;
4. Dane osobowe będą przekazywane następującym odbiorcom danych w rozumieniu art. 4 pkt 9 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych tj. podmiotom z którymi zostały podpisane umowy o przetwarzaniu danych osobowych;
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z wykazem akt zawartym w instrukcji kancelaryjnej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mysłowicach;
6. Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS w Mysłowicach ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania;
7. Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS w Mysłowicach ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
9. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonych w Rozporządzeniu 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 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez: **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach**.

Celem przetwarzania danych jest realizowanie przez: **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach** zadań z zakresu rehabilitacji społecznej w oparciu o Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.) **na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą**.

Zostałem poinformowana/y o prawie dostępu do treści swoich danych oraz o prawie do ich sprostowania i zapomnienia.

..... dnia __ / __ / 20__ r.	
miejscowość	CZYTELNY PODPIS OSOBY WYRAŻAJĄCEJ ZGODĘ