

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY:

(WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PRACOWNIK MOPS w TRAKCIE PRZYJĘCIA WNIOSKU)

L.P	NAZWA ZAŁĄCZNIKA	ZAŁĄCZONO DO WNIOSKU			UZUPEŁNIONO	DATA UZUPEŁNIENIA
		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	Aktualne zaświadczenie lekarskie (wg załącznika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Oferty cenowe ze specyfikacją, dotyczące wnioskowanego urządzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	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"/>	
Inne:						
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

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 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**.

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

<p>..... dnia ___ / ___ /20___ r.</p> <p>miejsowość</p>	<p>CZYTELNY PODPIS OSOBY WYRAŻAJĄCEJ ZGODĘ</p>
--	---

.....
pieczętka placówki.....
miejscowość i data**Z A Ś W I A D C Z E N I E**

dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mysłowicach w celu dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków PFRON
(prosimy wypełnić **CZYTELNIE W JĘZYKU POLSKIM**)

1. Dane osoby, której dotyczy wniosek o przyznanie dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków PFRON:

Imię i nazwisko:

PESEL:

miejsce zamieszkania:

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

- dysfunkcji narządu **ruchu** – w zakresie:

 jednej kończyny górnej obu kończyn górnych jednej kończyny dolnej obu kończyn dolnych innym, jakim?

(krótka charakterystyka)

- dysfunkcji narządu **wzroku**

- dysfunkcji narządu **słuchu**

- dysfunkcji narządu **mowy**

- deficytu rozwojowego (upośledzenie umysłowe);

- niepełnosprawności z ogólnego stanu zdrowia;

- innej dysfunkcji

(krótka charakterystyka)

3. Rodzaj zalecanego sprzętu służącego aktywnej rehabilitacji w warunkach domowych:

.....
.....
.....
.....

(należy wymienić / opisać zalecany sprzęt rehabilitacyjny):

UWAGA: dofinansowanie ze środków PFRON nie dot. rehabilitacji leczniczej i sprzętu będącego wyrobem medycznym.

4. Opis posiadanej niepełnosprawności – rodzaj schorzenia lub dysfunkcji, z powodu których należy zastosować wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny:

5. Na podstawie posiadanej wiedzy medycznej stwierdzam, że w związku z niepełnosprawnością pacjenta, **w celu prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych, mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej, możliwie najwyższego poziomu jego funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej:**

zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego: TAK NIE

6. Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, służącego do usprawniania zaburzonych funkcji organizmu lub wspomagających proces rehabilitacji w warunkach domowych:

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty