

## ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA

(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 – <b>kopia, oryginał do wglądu</b>	<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) zawierające informacje o przyczynie / rodzaju niepełnosprawności oraz informacje uzasadniające konieczność korzystania z usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika <b>wyłącznie w przypadku, gdy przedłożone orzeczenie nie wskazuje uszkodzenia słuchu jako przyczyny niepełnosprawności</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Oferta cenowa / kosztorys usługi wystawiona przez podmiot realizujący	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Dokument potwierdzający znajomość polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM), sposobów komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN) przez osobę wykonującą usługę (np. zawiadomienie o wpisie do rejestru Wojewody) lub oświadczenie podpisane przez osobę, która będzie wykonywała usługę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym lub pełnomocnictwo – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny/ pełnomocnik/ kurator – <b>kopia, oryginał do wglądu</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Inne:</b>						
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"/>	

.....  
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.

_____ dnia ___ / ___ /20___ r. miejscowość	_____ CZYTELNY PODPIS OSOBY WYRAŻAJĄCEJ ZGODĘ
--	--

pieczętka placówki

miejscowość i data

**Z A Ś W I A D C Z E N I E**<sup>1</sup>

dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mysłowicach w celu dofinansowania ze środków PFRON  
usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika  
(prosimy wypełnić **CZYTELNIE W JĘZYKU POLSKIM**)

1. Dane osoby, której dotyczy wnioszek o przyznanie dofinansowania usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika ze środków PFRON:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: 

miejsce zamieszkania: \_\_\_\_\_

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

 słuchu; mowy; słuchu i mowy; wzroku; innej dysfunkcji \_\_\_\_\_*(krótka charakterystyka)*

3. Pacjent jest osobą:

 osoba niedosłysząca; osoba niesłysząca; osoba głuchoniewidoma;

Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy

 TAK;  NIE

Stwierdzam potrzebę korzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika

 TAK;  NIE

Uzasadnienie, dodatkowe uwagi: \_\_\_\_\_

dnia __ / __ / 20__ r.	
miejscowość	pieczętka, nr_i podpis lekarza specjalisty

**<sup>1</sup> należy wypełnić wyłącznie w przypadku osób niepełnosprawnych, dla których dysfunkcja narządu słuchu nie stanowi przyczyny wydania orzeczenia - brak symbolu 03-L w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności.**