

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ:

(WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PRACOWNIK MOPS w TRAKCIE PRZYJĘCIA WNIOSKU)

LP	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	Aktualny dokument stwierdzający niepełnosprawność (orzeczenie) innych osób niepełnosprawnych prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z wnioskodawcą – kopie, oryginały do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (wg załącznika nr 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Aktualne zaświadczenie lekarskie (wg załącznika nr 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Oferty cenowe ze specyfikacją, dotyczące wnioskowanego urządzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Zaświadczenie o pobieraniu nauki ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	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"/>	
9	Dodatkowe udokumentowane (np. w postaci opinii), informacje o konieczności posiadania wnioskowanego urządzenia, mogące mieć wpływ na pozytywne rozpatrzenie wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne:						
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12		<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 2016r. 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

pieczęć 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 likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków PFRON

(prosimy wypełnić **CZYTELNIE W JĘZYKU POLSKIM**)

1. Dane osoby, której dotyczy wnioski o przyznanie dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się 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; dysfunkcji narządu **wzroku**: osoba niedowidząca, osoba niewidoma, osoba głuchoniewidoma; dysfunkcji narządu **ruchu**, w zakresie: pacjent nie porusza się samodzielnie – osoba leżąca; pacjent porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego; pacjent porusza się za pomocą oprzyrządowania; pacjent porusza się przy pomocy osób drugich; pacjent porusza się samodzielnie; deficytu rozwojowego (upośledzenie umysłowe); całościowych zaburzeń rozwojowych; niepełnosprawności z ogólnego stanu zdrowia; innej dysfunkcji _____

(krótka charakterystyka)

3. W związku z posiadaną niepełnosprawnością, pacjent ma ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające mu swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji polegające na:

4. W/w trudności mogą zostać zlikwidowane / ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń, sprzętów, pomocy:

5. Posiadanie w/w sprzętu, urządzeń itp. wpłynie na poprawę komunikowania się z otoczeniem w następujący sposób:

6. Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

pieczęć i podpis lekarza specjalisty