

(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 : - -	PESEL:
ADRES / MIEJSCE ZAMIESZKANIA ¹	
ULICA _____	NR DOMU _____ NR LOK. _____
MIEJSCOWOŚĆ _____	KOD POCZTOWY: ____ - ____
DANE PERSONALNE: ☐ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO <i>DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY,</i> ☐ OPIEKUNA PRAWNEGO, ☐ PEŁNOMOCNIKA, ☐ KURATORA ☐ NIE DOTYCZY	
IMIĘ _____	NAZWISKO _____
DATA URODZENIA : - -	PESEL:
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: ☐ NIE DOTYCZY	
DANE KONTAKTOWE	
TELEFON _____	
E-MAIL _____	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
☐ ZNACZNY	☐ CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI LUB CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI	☐ I GRUPA
☐ UMIARKOWANY	☐ CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	☐ II GRUPA
☐ LEKKI	☐ CZĘŚCIOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	☐ III GRUPA
☐ ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (DZIECI DO 16 ROKU ŻYCIA)		
ORZECZENIE WAŻNE: ☐ BEZTERMINOWO, ☐ OKRESOWO DO DNIA: ____ - ____ - ____		

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW	
OŚWIADCZAM, ŻE PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD (W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH ²), 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.	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO, PEŁNOMOCNIKA
_____ miejscowość	

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.) pomniejszony 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	☐	☐	☐	☐
2	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (wg załącznika)	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐
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.	☐	☐	☐	☐
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).	☐	☐	☐	☐
W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA PRZED ZAPŁACENIEM:					
6	Kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	☐	☐	☐	☐
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.	☐	☐	☐	☐
INNE:					
8		☐	☐	☐	☐
9		☐	☐	☐	☐

.....
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

☐ **POZYTYWNA**☐ PEŁNA KWOTA DOFINANSOWANIA☐ DOFINANSOWANIE DO WYSOKOŚCI LIMITU☐ **NEGATYWNA**☐ BRAK / WYCZERPANIE ŚRODKÓW☐ PRZEKROCZENIE KRYTERIUM DOCHOD.☐ INNE

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

Wykorzystane dofinansowanie (łącznie):

sprawa numer:

LIMIT ROCZNY:

wolne środki:

DOFINANSOWANIE:

L.P.	Nazwa przedmiotu	Cena nabycia	Dofinansowanie z NFZ					Dopłata pacjenta	Kwota dofinansowania			Udział własny wniosk.
			limit	Dopłata NFZ		Udział własny			MAX.	Kalk. do przyznania	PRYZNANE	
				kwota	%	kwot a	%					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
RAZEM:												
WYPŁACONE / DO WYPŁATY:												

UWAGI:

data i podpis kierownika DON

data i podpis pracownika dokonującego wyceny

Wniosek dotyczący dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

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 klientów jest:
 - 1) Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach mający siedzibę przy ul. Gwarków 24, 41-400 Mysłowice, reprezentowany przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mysłowicach;
 - 2) W niektórych przypadkach administratorem Państwa danych są podmioty, które powierzyły przetwarzanie danych osobowych Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Mysłowicach, na przykład w związku z realizowaniem projektów finansowanych ze środków Unii Europejskiej.
2. W MOPS w Mysłowicach wyznaczono inspektora ochrony danych osobowych - Agnieszkę Kotwas, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem email: iodo@mops-myslowice.pl;
3. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także realizacja zadań z zakresu rehabilitacji społecznej, która ma na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestniczenia w życiu społecznym, monitorowanie i kontrola oraz ewaluacja i sprawozdawczość, jak również ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń i archiwizacja.
Przetwarzanie danych następuje na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c oraz art. 9 ust. 2 pkt g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rozporządzeń wykonawczych do przedmiotowej ustawy oraz programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych;
4. Przetwarzamy Państwa dane w zakresie adresu poczty elektronicznej oraz innych danych podanych przez Państwa w wiadomościach przesyłanych za pośrednictwem poczty elektronicznej;
5. Dane osobowe przekazywane będą wyłącznie organom lub podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom przetwarzającym dane w imieniu administratora danych osobowych w tym PFRON – al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa oraz innym podmiotom wspierającym działalność administratora takim jak np. podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW służącego do obsługi zadań a działającego na zlecenie PFRON;
6. Dane osobowe mogą być ujawnione podmiotom świadczącym usługi pocztowe oraz podmiotom świadczącym usługi doręczenia przy użyciu środków komunikacji elektronicznej, w tym m.in. ePUAP oraz dostawcy publicznej usługi rejestrowanego doręczenia elektronicznego (RDE);
7. Dane osobowe będą przekazywane również podmiotom przetwarzającym w rozumieniu art. 4 pkt 8 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych: podmiotom, z którymi MOPS w Mysłowicach zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
8. Przechowujemy Państwa dane przez czas niezbędny do realizacji celu przetwarzania, nie dłużej niż jest to określone kategorią archiwalną dokumentów, która jest ustalana przez Archiwum Państwowe na podstawie ustawy o narodowym zasobie archiwalnym;
9. Każda osoba, której danymi dysponuje MOPS w Mysłowicach ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania;
10. 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 2016r.;
11. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią informacji dotyczącej przetwarzania danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej oraz wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie danych MOPS dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku.

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

Niniejszą klauzulę składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do MOPS przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.