

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	☐	☐	☐	☐	
2	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (wg załącznika)	☐	☐	☐	☐	
3	Aktualne zaświadczenie lekarskie (wg załącznika)	☐	☐	☐	☐	
4	Oferty cenowe ze specyfikacją, dotyczące wnioskowanego urządzenia	☐	☐	☐	☐	
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	☐	☐	☐	☐	
Inne:						
6		☐	☐	☐	☐	
7		☐	☐	☐	☐	
8		☐	☐	☐	☐	
9		☐	☐	☐	☐	
10		☐	☐	☐	☐	

.....
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 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.

.....
pieczęćka 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