

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE:

(WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PRACOWNIK MOPS W TRAKCIE PRZYJĘCIA WNIOSKU)

NAZWA ZAŁĄCZNIKA		ZAŁĄCZONO DO WNIOSKU			UZUPEŁNIONO W DNIU:
		TAK	NIE	NIE DOTYCZY	
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (dot. B1, B2i B4) lub orzeczenia o niepełnosprawności (dot. B1 i B4)	☐	☐	☐	☐
2.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej (dot. B1 i B4)	☐	☐	☐	☐
3.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	☐	☐
4.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku</i>) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	☐	☐
5.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku, w przypadku gdy schorzenie nie ma charakteru stałego i: <i>dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, ale wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2A do wniosku B1)</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>dysfunkcja narządu wzroku osób niepełnosprawnych w wieku do 16 r.ż. – gdy wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2B do wniosku B1)</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>dysfunkcja obu kończyn górnych – stan potwierdzony zaświadczeniem lekarskim: wrodzony brak lub amputację obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia, a także dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) - (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2C do wniosku B1)</i>	☐	☐	☐	☐
6.	Zaświadczenie wydane przez lekarza okulistę wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku B3</i>) wyłącznie w przypadku , gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu wzroku (04-O) – natomiast wnioskodawca posiada dysfunkcję powodującą obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub zwężenie pola widzenia do 30 stopni	☐	☐	☐	☐
7.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku B4</i>) wyłącznie w przypadku , gdy orzeczenie jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu słuchu (03-L) natomiast ubytek słuchu wynosi powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym	☐	☐	☐	☐
8.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku B4</i>) w przypadku , gdy wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej w wieku do lat 16 natomiast ubytek słuchu wynosi powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym	☐	☐	☐	☐
9.	Specyfikacja przedmiotu dofinansowania z określeniem jego parametrów wystawiona przez sprzedawcę lub usługodawcę (oferta cenowa lub faktura pro-forma)	☐	☐	☐	☐
10.	W przypadku osób poszkodowanych w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych - potwierdzenie zdarzenia przez właściwą jednostkę (np. jednostka pomocy społecznej, straż pożarna, Policja).	☐	☐	☐	☐
fakultatywnie:					
11.	opinia eksperta w zakresie dopasowania wnioskowanej pomocy do aktualnych potrzeb wynikających z aktywności,	☐	☐	☐	☐

12.	dokument potwierdzający zatrudnienie (w tym wolontariat trwający co najmniej 6 miesięcy) w przypadku osób, które osiągnęły wiek emerytalny.	☐	☐	☐	☐
13.		☐	☐	☐	☐
14.	Inne załączniki (należy wymienić):				
15.		☐	☐	☐	☐

.....
data i podpis pracownika DON przyjmującego wniosek

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.

_____ dnia ____ / ____ /20__ r. _____ miejscowość	_____ pieczętka, nr_ i podpis lekarza okulisty
---	---

Załącznik nr 2Cdo formularza wniosku w ramach programu „Aktywny Samorząd” **Moduł I obszar B zadanie 1**

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny Samorząd”

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL:

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby
w tym zakresie: 5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta
dotyczy:*(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):*

☐ Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐ Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐ Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐ Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐ Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐ Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐ Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

..... miejsowość	 dnia ____ / ____ /20__ r.	 pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty
---------------------	------------------------------------	--

Załącznik nr 2do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny Samorząd” **Moduł I obszar B zadanie 3**

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE ¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny Samorząd”
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL:

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że:

Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy: ☐ jednego oka ☐ obydwu oczu

Pacjent jest osobą:

niedowidzącą ☐ TAK ☐ NIE

niewidomą ☐ TAK ☐ NIE

głuchoniewidomą ☐ TAK ☐ NIE

Pacjent ma zwężone pole widzenia:

☐ **NIE DOTYCZY**

☐ w oku lewym do: _____ stopni ☐ w oku prawym do: _____ stopni

Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

☐ **NIE DOTYCZY**

☐ w oku lewym wynosi: _____ ☐ w oku prawym wynosi: _____

Na podstawie powyższego stwierdzam, że Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni ☐ TAK ☐ NIE

Dodatkowe uwagi dotyczące dysfunkcji Pacjenta:

.....

..... dnia ____ / ____ / 20__ r. miejscowość	pieczęć, nr i podpis lekarza okulisty
---	---------------------------------------

¹ Dotyczy wyłącznie osób niepełnosprawnych dla których dysfunkcja narządu wzroku nie stanowi przyczyny wydania orzeczenia - brak symbolu 04-O w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności.

Załącznik nr 2do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny Samorząd” **Moduł I obszar B zadanie 4**

.....
 Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE ¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny Samorząd”

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL:

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy **(proszę zaznaczyć właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)**:

☐ TAK; ☐ NIE	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	<i>pieczętka, nr i podpis lekarza</i>
☐ TAK; ☐ NIE	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
☐ TAK; ☐ NIE	Inna dysfunkcja ucha lewego	
☐ TAK; ☐ NIE	Inna dysfunkcja ucha prawego	

Pacjent ma trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy ☐ TAK; ☐ NIE

Dodatkowe uwagi dotyczące dysfunkcji Pacjenta:

..... miejsowość	dnia ____ / ____ / 20__ r.	 pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
---------------------	----------------------------	---

¹ Dotyczy wyłącznie osób niepełnosprawnych, dla których dysfunkcja narządu słuchu nie stanowi przyczyny wydania orzeczenia - brak symbolu 03-L w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych w wieku do 16 lat.

