

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku
ul. Słoneczna 15d, 76-200 Słupsk
tel. 59-814-28-72 / 59-814-28-71

WNIOSEK
o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON zakupu
sprzętu rehabilitacyjnego

1. Informacje o Wnioskodawcy:

DANE PERSONALNE:

Imię..... Nazwisko.....
Data urodzenia.....-.....-.....r.
Dowód osobisty seria.....nr.....
Wydany przez.....
PESEL

tel.

ADRES ZAMIESZKANIA:

(pobyt stały)

Kod pocztowy

Miejscowość.....Ulica.....

Nr domu.....Nr mieszkania.....

**DANE PEŁNOMOCNIKA/OPIEKUNA PRAWNEGO/PRZEDSTAWICIELA
USTAWOWEGO**

Imię..... Nazwisko.....

Data urodzenia.....-.....-.....r. Dowód osobisty seria.....numer.....

Wydany przez.....

PESEL

miejscowość ulicanr domunr lokalu

kodu - tel.

- ustanowiony opiekunem* postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia

.....sygn. Akt*

- na mocy pełnomocnictwa* potwierdzonego przez

Notariusza z dnia

repet. Nr

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Przedmiot dofinansowania	Numer i data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania

3. Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania

.....

4. Uzasadnienie wniosku

.....

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Łączny koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.....zł
Kwota wnioskowana.....zł
słownie.....zł

.....
Podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej

Załączniki:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne(**oryginał do wglądu**).
2. **Oferta handlowa z wyszczególnieniem ceny zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.**
3. **Dodatkowo w przypadku opiekuna prawnego lub pełnomocnika:**
 - a) kopię zaświadczenia z sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) lub
 - b) kopię oświadczenia o ustanowieniu pełnomocnika złożonego u notariusza (oryginał do wglądu).

Uwaga: Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy !

Oświadczenie o dochodach

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	
Miesięczny dochód całej mojej rodziny obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego	

I. Przez przeciętny miesięczny dochód Wnioskodawcy należy rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1952), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2016 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 września 2017 r. - M.P. 2017, poz. 884), według wzoru: $[2.577 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów}] / 12 / \text{liczba osób}$ w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

II. Oświadczam, że podane we wniosku informacje są zgodne z prawdą, przyjmuję do wiadomości, że stwierdzenie niezgodności eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania, jest też podstawą do roszczenia zwrotu środków.

III. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz realizatora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku.

.....
data

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

o posiadaniu środków finansowych na wkład własny

Dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku

W celu realizacji art. 9 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

(Tekst jednolity: Dz. U z 2011 r, Nr 127, poz. 721 z późn. zm.)

Oświadczam, że posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości co najmniej 20% wartości urządzenia, które zostanie zakupione przy udziale środków PFRON po podpisaniu umowy. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wkład własny może ulec zwiększeniu, w zależności od posiadanych i przyznanych przez MOPR środków finansowych.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Ja niżej podpisana, oświadczam, iż zostałam poinformowana, że:

1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest **Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku** z siedzibą przy ul. Słonecznej 15D, 76-200 Słupsk.
2. Inspektorem Ochrony Danych jest Edyta Zubka, z którą można kontaktować się e-mailowo: e.zubka@mopr.slupsk.pl
3. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.), w tym Programu „Aktywny Samorząd”.
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c) 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
5. Podanie danych w momencie złożenia wniosku jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie odmową rozpatrzenia sprawy.
6. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania.
7. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
8. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. Dane osobowe, które są przetwarzane w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Słupsku nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....
Imię i nazwisko, data

stempel zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie
Wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku

Imię i nazwisko pacjenta

Pesel

1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:

.....
.....
.....
.....
.....

2. Rodzaj urządzenia potrzebnego osobie niepełnosprawnej w celu prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych:

.....

.....
Data, pieczęć i podpis lekarza