

4. Sytuacja rodzinna

- osoba samotnie zamieszkująca.,
 osoba pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym,

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Stopień niepełnosprawności	miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca:		
2.			
3.			
4.			
			RAZEM:

5. Sytuacja zawodowa

- pracujący,
 prowadzący działalność gospodarczą,
 osoba ucząca się w wieku od lat 18 do 25,
 bezrobotny poszukujący pracy /rencista poszukujący pracy,
 emeryt / rencista nie poszukujący pracy,
 dzieci i młodzież do lat 18,
 inna(jaka?).....

6. Oświadczenie o wysokości dochodów:

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 Kodeksu karnego /Dz.U. 2018 poz. 1600/ oświadczam, że zgodnie z Ustawą z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych / Dz.U. z 2021 r. poz. 573/ przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek wynosi:

a/ dla osoby samotnej: zł. słownie złotych

b/ dla osób wspólnie zamieszkujących w gospodarstwie domowym, dochód przypadający na

jednego członka rodziny zł. słownie złotych

Liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

7. Informacje dotyczące przedmiotu dofinansowania:

Lp.	Nazwa urządzenia lub rodzaj usługi	Sztuk	koszt realizacji zadania
1.			
2.			
3.			
			SUMA:

8. Miejsce realizacji zadania (instalacji urządzenia/ wykonania usługi):

Adres.....

Termin rozpoczęcia zadania

Przewidywany czas realizacji zadania

10. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON

słownie: zł.

12. Informacja o korzystaniu przez wnioskodawcę z dofinansowania ze środków PFRON przed dniem złożenia wniosku:

Cel -nazwa zadania w ramach którego przyznana została pomoc	Nr i data zawarcia umowy	Kwota rozliczonego dofinansowania
		Razem:

Oświadczenia * :

- Oświadczam, że w ciągu **5 lat** przed dniem złożenia niniejszego wniosku nie uzyskałem na ten cel dofinansowania ze środków PFRON oraz nie posiadam zaległości wobec Funduszu.
- Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem* / kosztem wykonania usługi*, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Funduszu kwotą dofinansowania.
- Oświadczam, że zostałem (-am) poinformowany(-a) przez MOPS w Nowym Sączu o przetwarzaniu moich danych osobowych, celu ich zbierania, prawie wglądu do moich danych oraz ich poprawiania, a także o podstawie prawnej w związku z którą jestem zobowiązany do ich podania, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r.poz.1000), art. 13 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 – dalej „RODO”). Ponadto uprzedzony/a/ o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks Karny /Dz. U. z 2018r; poz. 1600/;**
- oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O ewentualnych zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować MOPS w ciągu 14 dni od daty ich powstania.**
- Oświadczam, że orzeczenie o niepełnosprawności/o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne Wnioskodawcy złożone do wniosku jest prawomocne i ostateczne oraz że nie było wnoszone na to orzeczenie odwołanie.**

Nowy Sącz, dnia

.....
(Podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*,
pełnomocnika*)

* Właściwie zaznaczyć

INFORMACJA

- Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zostanie rozpatrzony po zatwierdzeniu przez Radę Miasta Nowego Sącza podziału środków finansowych przypadających w danym roku kalendarzowym na realizację zadań z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej.
- **Kwota dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego wynosi do 80%** kosztów przedsięwzięcia (w przypadku ograniczonych środków finansowych procent dofinansowania może ulec zmniejszeniu).
- Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
- Realizacja dofinansowania jest zależna od opłacenia udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku należy niezwłocznie poinformować Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Sączu – Referat ds. rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych.
- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Sączu – Referat ds. rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych z siedzibą przy ulicy Grunwaldzkiej 59 A w Nowym Sączu tel. 18 35 48 221
- Podanie danych osobowych jest obowiązkowe. Odmowa podania danych będzie skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku.

- Zapoznałem (-am) się z powyższą informacją

Nowy Sącz, dnia

.....
(Podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*,
pełnomocnika*)

*właściwe zaznaczyć

Przedstawiciel ustawowy dla /małoletniego Wnioskodawcy/ opiekun prawny lub pełnomocnik

.....syn/córka.....
/imię i nazwisko/ /imię ojca/
dowód osobisty seria..... nrwydany w dniu
przez nr PESEL
nr NIP adres zamieszkania: miejscowość.....
ul. nr domunr lokalu
nr kodu pocztanr tel /fax.....
ustanowiony /opiekunem; pełnomocnikiem.....
postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygn. Akt.....
/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
z dniareper nr

**Sprawdzono dane osobowe
z dowodem osobistym:**

.....
/podpis przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika/

Do wniosku załączam:

°	Aktualne orzeczenie o stopieniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności dziecka
°	Zaświadczenie lekarskie potwierdzające zalecenia stosowania danego sprzętu rehabilitacyjnego (załącznik nr 1)
°	2 oferty określające cenę sprzętu rehabilitacyjnego
°	Oświadczenie dotyczące przetwarzania danych osobowych (załącznik nr 2)

Miejscowość, data

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie
o rodzaju niepełnosprawności i ograniczeniach
w funkcjonowaniu wynikających ze schorzeń**

/wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowym Sączu – Referatu ds. rehabilitacji
zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych/

Prosimy o czytelne, w języku polskim, wypełnienie poniżej wyszczególnionych pozycji:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

PESEL

Rodzaj schorzenia /właściwe zaznaczyć oraz dodatkowo opisać/

- dysfunkcja narządu ruchu

- dysfunkcja narządu wzroku: niewidomy, niedowidzący /właściwe
podkreślić/.....

-dysfunkcja narządu słuchu :niesłyszący , niedosłyszący /właściwe podkreślić/
.....

- schorzenia sprzężone

- schorzenia inne, nie wymienione powyżej /neurologiczne, oddechowe, krążenia, psychiczne,
upośledzenia umysłowe, itp.../.....

**Zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu
rehabilitacyjnego /nazwa sprzętu/.....**

.....
/pieczętka i podpis lekarza/

.....
imię i nazwisko

....., dnia

.....
adres

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zapoznałam/zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną dotyczącą przetwarzania 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 – dalej „RODO”) w celu przeprowadzenia wywiadu środowiskowego i realizacji wynikających z niego uprawnień i świadczeń Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowym Sączu.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a), że:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Sączu ul. Grunwaldzka 59 A, 33-300 Nowy Sącz, zwany dalej Administratorem, dane kontaktowe: *tel.: 18 444 36 23, adres e-mail: mops@nowysacz.pl; sekretariat@mops.nowysacz.pl*
- 2) Administrator nie wyznaczył przedstawiciela;
- 3) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych: **Marek Rogóz, e-mail: iod@mops.nowysacz.pl;**
- 4) moje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań Ośrodka - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a), b) i g) RODO oraz na podstawie przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej; szczegółowe informacje na temat celu i podstawy prawnej dla danego rodzaju przetwarzania są podane w treści wniosku oraz na stanowiskach obsługi klienta, w trakcie zbierania danych;
- 5) odbiorcą moich danych osobowych mogą być:
 - a) podmioty, którym Administrator zleci usługi związane z przetwarzaniem danych osobowych, np. dostawcy usług szkoleniowych oraz organy, do których w moim imieniu administrator będzie kierował korespondencję,
 - b) organy uprawnione na podstawie przepisów prawa, w tym sądy i inne organy administracji publicznej;
- 6) moje dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, w szczególności zgodnie z instrukcją kancelaryjną;
- 7) posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych i prawo wniesienia sprzeciwu wyłącznie na zasadach określonych w RODO (biorąc pod uwagę ograniczenia wynikające z przepisów prawa); w zakresie w jaki przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody, zostałem pouczony, iż mam prawo wycofać zgodę, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- 8) mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie dotyczących moich danych osobowych narusza przepisy RODO,
- 9) podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne w celu realizacji usługi, o którą wnioskuję, w szczególności do przeprowadzenia wywiadu środowiskowego;
- 10) nie podlegam zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji

.....
podpis pracownika przyjmującego oświadczenie

.....
data i podpis składającego oświadczenie