

Nr sprawy: DR/611.../...../.....

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY NA WNIOSEK OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

(dotyczy osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Kraków)

Procedura dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

dostępna jest na stronie internetowej www.mops.krakow.pl.

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

.....
imię i nazwisko

nr PESEL: Adres e-mail:

Adres zamieszkania: Kraków, ul. nr domu: nr lokalu:

nr kodu: - poczta: nr tel. kontaktowego

Adres zameldowania: miejscowość: ul.

nr domu: nr lokalu: nr kodu - poczta

**II. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO
WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA**

.....
imię i nazwisko

nr PESEL: Adres e-mail:

Adres zamieszkania: miejscowość: ul.

nr domu: nr lokalu: nr kodu - poczta

nr tel. kontaktowego

Opiekun prawny - ustanowiony postanowieniem Sądu

.....
nazwa sądu

z dnia, Sygnatura akt.....

Pełnomocnik – na mocy pełnomocnictwa pisemnego/notarialnego¹ udzielonego w dniu

nr repertorium²

¹ Niepotrzebne skreślić

² Wypełnić tylko w wypadku udzielenia pełnomocnictwa notarialnego

III. PRZEDMIOT I CEL DOFINANSOWANIA

WNIOSKUJĘ O DOFINANSOWANIE DO ZAKUPU³:

W CELU PROWADZENIA REHABILITACJI W WARUNKACH DOMOWYCH: TAK NIE

(adres, pod którym prowadzona będzie rehabilitacja)

IV. POSIADANE PRZEZ WNIOSKODAWCĘ ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Proszę wpisać rodzaj posiadanego orzeczenia, przez kogo zostało wydane oraz termin jego ważności)

V. INFORMACJA O KWOTACH PRYZNANYCH WCZEŚNIEJ ZE ŚRODKÓW PFRON DLA WNIOSKODAWCY I JEGO RODZINY

l.p.	nr umowy	data zawarcia umowy	cel dofinansowania	kwota	stan rozliczenia	stopień pokrewieństwa
1.						
2.						
3.						
4.						

lub proszę wpisać: „nie uzyskałam/em żadnego dofinansowania”.

VI. UDZIAŁ WŁASNY WNIOSKODAWCY I KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA

1) całkowita wartość przedsięwzięcia wynikająca z ofert cenowych (w złotych)	
2) wnioskowany procent dofinansowania ze środków PFRON (nie więcej niż 80% wartości wnioskowanego sprzętu)	%
3) deklarowany procentowy udział własny (nie mniej niż 20% wartości wnioskowanego sprzętu)	%

KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON:

cyframi :

słownie:

³ Proszę wymienić nazwę wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego

VII. UZASADNIENIE WNIOSKU

(należy wpisać występujące ograniczenia i podać w jaki sposób posiadanie wnioskowanego sprzętu ułatwi rehabilitację w warunkach domowych)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VIII. NAZWA BANKU ORAZ NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

.....

IX. OŚWIADCZENIA

- 1) Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł: zł.
- 2) Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym łącznie z wnioskodawcą wynosi:, w tym osób niepełnosprawnych.
- 3) Uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 kodeksu karnego za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- 4) Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami udzielania pomocy w ramach zadania – procedura MOPS-34 – w szczególności z informacją, że **dofinansowanie nie obejmuje refundacji kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.**
- 5) Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam(em) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- 6) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontroli w miejscu realizacji zadania oraz sporządzenie dokumentacji fotograficznej.
- 7) Oświadczam, że skonsultowałam z lekarzem specjalistą potrzebę rehabilitacji w warunkach domowych, przy użyciu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego i nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do korzystania z urządzeń. Biorę pełną odpowiedzialność za swój stan zdrowia/stan zdrowia podopiecznego/stan zdrowia małoletniego pozostającego pod moją opieką⁴ podczas użytkowania, w warunkach domowych, dofinansowanego sprzętu rehabilitacyjnego.

⁴ Niepotrzebne skreślić

**X. KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
PRZEZ MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W KRAKOWIE**

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ul. Józefińskiej 14, 30-529 Kraków, jako administrator Pani/Pana danych osobowych na podst. art. 13 rozporządzenia nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27.04.2016 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 (zwanego dalej RODO) informuje, że:

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznania dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym kategoriom odbiorców danych (w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO):
 - 1) podmioty świadczące asystę techniczną oprogramowania służącego do obsługi zadań PFRON,
 - 2) podmioty świadczące profesjonalne usługi niszczenia dokumentacji archiwalnej.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od rozpatrzenia wniosku, licząc od 1 stycznia roku następującego po roku, w którym Pani/Pan wniosek został rozpatrzony, z zastrzeżeniem pkt 4.
4. W przypadku zakwalifikowania Pani/Pana dokumentacji decyzją Dyrektora Archiwum Narodowego w Krakowie do kategorii archiwalnej „A”, Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej przez okres 25 lat, liczony analogicznie, jak w pkt 3, a następnie zostaną przekazane do Archiwum Narodowego.
5. W zakresie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Ma Pani/Pan prawo do żądania od Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie:
 - 1) dostępu do swoich danych osobowych (na zasadach określonych w art. 15 RODO);
 - 2) sprostowania Pani/Pana danych osobowych (na zasadach określonych w art. 16 RODO).
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne.
9. Konsekwencją niepodania przez Panią/Pana danych osobowych będzie brak możliwości przyznania dofinansowania.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych:

Inspektor Ochrony Danych, ul. Józefińska 14, 30-529 Kraków lub iod@mops.krakow.pl.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z powyższymi informacjami zawartymi we wniosku.

.....
data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna
prawnego/pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego osoby
niepełnosprawnej

XI. WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW/DOKUMENTÓW

WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW	ZAŁĄCZONO TAK/NIE
1. Kopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność.	
2. Oferta cenowa lub faktura pro forma na zakup wnioskowanego sprzętu, wystawiona na wnioskodawcę.	
3. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.	