

Data wpływu:

Nr sprawy:/2025



**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie ul. Filipowska 20, 16-400 Suwałki /tel. 875628984/

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia	
Imię:		
Drugie imię:		
Nazwisko:		
PESEL:	L L L L L L L L L L	
Data urodzenia:	Płeć	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Miejscowość:		
Ulica:		
Nr domu / Nr lokalu:		
Kod pocztowy:		
Poczta:		
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś	X
Nr telefonu:		X
Adres e-mail:		X

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Imię:		
Drugie imię:		
Nazwisko:		
PESEL:	L L L L L L L L L L	
Data urodzenia:	Płeć	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Miejscowość:		
Ulica:		
Nr domu / Nr lokalu:		
Kod pocztowy :		
Poczta:		
Nr telefonu:		
Adres e-mail:		
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś	

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie
Postanowieniem Sądu	
Z dnia :	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> inne

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo - do dnia:	
Wpisać numer orzeczenia:		
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny	

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe: indywidualne wspólne

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON: nie korzystałem korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**Przedmiot 1**

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania w zł (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON w zł – maksymalnie do 80%:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Miejsce realizacji:	Suwałki, ul.
Cel dofinansowania (uzasadnienie, krótki opis):	

Przedmiot 2

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania w zł (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON w zł – maksymalnie do 80%:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Miejsce realizacji:	Suwałki, ul.
Cel dofinansowania (uzasadnienie, krótki opis):	

PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)

Przewidywany koszt w zł :	
Kwota wnioskowana w zł:	
Uzasadnienie:	

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

- w kasie
 przekazem pocztowym (*wyłącznie w przypadku braku konta bankowego*)
 przelew na konto Wnioskodawcy:

Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
 Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
 Bezrobotny poszukujący pracy
 Rencista poszukujący pracy
 Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
 Dzieci i młodzież do lat 18
 Inne / jakie?

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny* - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

* „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

Miejscowość	Data	czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika
2025 r.	

Decyzja pozytywna: kwota dofinansowania zł	
Decyzja negatywna:	
Podpisy pracowników	Akceptacja Dyrektora

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

<input type="checkbox"/>	kopia orzeczenia, o którym mowa w art.1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych /oryginał do wglądu/
<input type="checkbox"/>	aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty o potrzebie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny wg wzoru określonego przez MOPR w Suwałkach (wystawione nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku)
<input type="checkbox"/>	oferta cenowa wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego
<input type="checkbox"/>	dokument potwierdzający prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej – o ile dotyczy/oryginał do wglądu/
<input type="checkbox"/>	inne dokumenty (wymienić jakie):

Klauzula RODO /wymagana do rejestracji wniosku w Systemie Obsługi Wsparcia/

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą 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 ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych.

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia wniosku jest obowiązkowe.**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE L 119/1, 4/5/2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie** z siedzibą w **Suwałkach przy ul. Filipowska 20** tel.: **87/5628970**, adres e-mail: biuro@mopr.suwalki.pl
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych – kontakt: adres e-mail: iod@mopr.suwalki.pl
3. Cel przetwarzania danych: **postępowanie w sprawie realizacji dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w formie papierowej i elektronicznej w MOPR w Suwałkach oraz mogą być pozyskiwane i weryfikowane za pośrednictwem dostępnych Systemów Informatycznych Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji
5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
 - a) instytucje świadczące usługi pocztowe
 - b) inne organy administracji publicznej, w ramach realizacji swoich zadań, które zwrócą się do nas o przekazanie Pani/Pana danych osobowych, w oparciu o obowiązujące przepisy prawa
 - c) organy publiczne, które mogą otrzymywać Pani/Pana dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, nie są uznawane za odbiorców
6. Podstawą do przetwarzania danych osobowych jest:
 - a) art. 6 ust.1 lit.c RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z realizacją świadczeń
 - b) art. 9 ust. 2 lit. b RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, lub porozumieniem zbiorowym na mocy prawa państwa członkowskiego przewidującymi odpowiednie zabezpieczenia praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą
 - c) art. 35a ust.1 pkt 7 lit. c ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji celów oraz w formie archiwalnej
 - a) akta osób korzystających z zadania przez okres 5 lat po realizacji zadania
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia po okresie archiwizacji, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem
10. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkuje uzyskanie świadczeń zgodnie ze złożonym wnioskiem. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją nie podania danych osobowych będzie odmowa przyznania świadczeń.

..... . 2025 r.

data

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika