

...../20...../.....  
Numer wniosku

.....  
Data wpływu kompletnego wniosku  
(dzień, miesiąc, rok podpis przyjmującego)

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy, ul. Ogrodowa 9  
Dział Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW  
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZAKUPU  
SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO**

Wniosek dotyczy:  osoby dorosłej  dziecka

**Uwaga! Wniosek należy wypełnić drukowanymi literami.**

**I. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej (wypełnić drukowanymi literami)**

1. Imię Nazwisko i adres zamieszkania Wnioskodawcy:

Bydgoszcz		-				
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica, nr domu / mieszkania				
Nr tel.: kierunkowy: .....			tel.: .....		e-mail:	
Nr PESEL*			Nr identyfikacyjny NIP*			
Nr dowodu osobistego, wydany przez, w dniu						

2. Dane przedstawiciela ustawowego (wypełnić, jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej)  
opiekuna lub pełnomocnika

		-				
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica, nr domu / mieszkania				
Nr tel.: kierunkowy: .....			tel.: .....		e-mail:	
Nr PESEL*			Nr identyfikacyjny NIP*			
Nr dowodu osobistego, wydany przez, w dniu						

*Ustanowiony opiekunem\*\* / pełnomocnikiem\*\* na podstawie (podać: postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia ..... - sygnatura akt .....\*\* / na mocy pełnomocnictwa powierzonego przez Notariusza z dnia .....*



**VII. Miejsce realizacji przedsięwzięcia**

.....

**VIII. Cel realizacji dofinansowania (Uzasadnieni składanego wniosku):**

.....

.....

.....

**IX.** Łączny koszt realizacji zadania zł: .....

Słownie: ..... zł

**X.** Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł (do 80%): .....

Słownie: ..... zł

**XI.** Oświadczam, że posiadam środki własne na realizację przedsięwzięcia w kwocie .....

**XII.** Uprowadzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.– Kodeks Karny (Dz.U. z 2019 r. poz 1950 t.j. z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

**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. – art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. KK.**

**XIII.** Oświadczam, że zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) (dane osobowe zwykłe) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) (danie szczególnej kategorii) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO, ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zakupu sprzętu rehabilitacyjnego. **TAK / NIE\*\***

**XIV.** Oświadczam, że zostałam/łem poinformowany, że: rozpatrzenie wniosku nastąpi – po określeniu limitu środków PFRON przez Radę Miasta Bydgoszczy w roku złożenia wniosku.

**XV.** **Dofinansowanie udzielane jest na podstawie umowy cywilno–prawnej, nie jest to decyzja administracyjna w myśl art. 104 Kpa i nie przysługują od niej środki odwoławcze przewidziane przepisami kodeksu postępowania administracyjnego.**

**XVI.** **Załączniki do Wniosku:**

- a) Ksero orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
- b) Oświadczenie o dochodach (wg wzoru).
- c) Zaświadczenie lekarza prowadzącego, stwierdzającego rodzaj niepełnosprawności oraz zasadność prowadzenia odpowiedniej do rodzaju niepełnosprawności rehabilitacji leczniczej na wymienionym sprzęcie rehabilitacyjnym przy pomocy którego możliwe będzie osiągnięcie maksymalnie najwyższego poziomu funkcjonowania.
- d) Oferta cenowa/faktura proforma.

.....

(data i podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego\*\*, Opiekuna Prawnego\*\*, Pełnomocnika\*\*)

\*w przypadku ich nadania

\*\* niepotrzebne skreślić

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej**  
**w Bydgoszczy**  
**dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego ze środków PFRON**  
**/Proszę wypełnić w języku polskim/**

Imię i Nazwisko pacjenta

.....

data urodzenia .....

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności

.....

.....

.....

3. Zalecenia dotyczące rodzaju sprzętu rehabilitacyjnego stosownego do potrzeb wynikających z niepełnosprawności i potrzebie prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy pomocy w/w sprzętu

.....

.....

.....

.....

4. Uzasadnienie do konieczności stosowania w/w sprzętu rehabilitacyjnego w warunkach domowych

.....

.....

.....

.....

.....  
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(data i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie)

## Klauzula Informacyjna

Na podstawie 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.) zwane ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych RODO informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Bydgoszczy ul. Ogrodowa 9.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy możliwy jest pod adresem email: [iod@mopsbydgoszcz.pl](mailto:iod@mopsbydgoszcz.pl)
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO w celu realizacji zadań wynikających z:
  - ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych
- 4) kategoria danych osobowych: dane osobowe zwykłe / dane szczególnych kategorii
- 5) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 6) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą u Administratora zgodnie z Zarządzeniem Nr 66/2014 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy z dnia 18 grudnia 2014 r. w sprawie wprowadzenia Instrukcji Kancelaryjnej, Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt i Instrukcji Archiwalnej dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy z późn. zm.
- 7) posiada Pani/Pan prawo do: żądania od Administratora dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.
- 8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało wezwaniem do ich uzupełnienia, a w przypadku nieuzupełnienia pozostawieniem wniosku bez rozpoznania.
- 10) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego, ani do organizacji międzynarodowej.
- 11) Przetwarzanie Pani/Pana danych nie będzie podlegało zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.