



Data wpływu wniosku

Numer sprawy

**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W ŁODZI**

Wydział ds. Rehabilitacji Społecznej
Osób Niepełnosprawnych
90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102A
NIP 725-00-28-902
tel. 42 685 43 54; fax 42 632 41 30

WNIOSEK

o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko

PESEL data urodzenia.....

Adres zamieszkania* kod.....

Numer telefonu..... adres e-mail.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

Posiadane orzeczenie**

- a) o stopniu niepełnosprawności ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ☐ I ☐ II ☐ III
- c) ☐ o niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ☐ o całkowitej niezdolności do pracy
☐ o częściowej niezdolności do pracy ☐ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
- d) ☐ o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Korzystałem/am z dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON**

☐ TAK (podaj rok) ☐ NIE

Jestem zatrudniony/na w zakładzie pracy chronionej ** ☐ TAK ☐ NIE

Jestem uczniem/studentem ☐ TAK ☐ NIE

(zaznacz, jeśli jesteś osobą do 24 roku życia i nie pracujesz) **

Imię i nazwisko opiekuna
(wypełnij, jeśli lekarz uzna konieczność pobytu opiekuna na turnusie)

DOFINANSOWANIE:

Dla uczestnika przyznano /nie przyznano, w kwocie

Dla opiekuna przyznano /nie przyznano, w kwocie

(pieczęć i podpis Dyrektora MOPS)

- * W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
 ** Właściwie zaznaczyć

Oświadczenie

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód (kwota netto wynagrodzenia, emerytury, renty lub innego dochodu, który jest opodatkowany), w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosił:

Wnioskodawca imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Dochód miesięczny
1.		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego (imię i nazwisko)	np. mąż, żona, syn, córka i itd.	
2.		+
3.		+
4.		+
5.		+
RAZEM		=
Średni miesięczny dochód przypadający na 1 osobę w gospodarstwie domowym (kwota z wiersza RAZEM podzielona przez liczbę osób).		

Świadczenia pielęgnacyjnego nie wliczamy do dochodu.

Wypełnij, jeżeli jesteś rodzicem / opiekunem prawnym małoletniego Wnioskodawcy lub pełnomocnikiem osoby ubezwłasnowolnionej:

Imię i nazwisko.....

PESEL:

Adres zamieszkaniaKod

ustanowiony opiekunem prawnym/pełnomocnikiem

- postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygn. akt
- na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza z dnia
repet. Nr

Informacje dla osób, których dane osobowe przetwarzane są w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łodzi w ramach zadań PFRON.

Tożsamość administratora i informacje ogólne

Administratorem Państwa danych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi, z siedzibą przy ulicy Kilińskiego 102/102a; tel.: (42) 685 43 62, (42) 685 43 63;

Adres e-mail: sekretariat@mops.lodz.pl

Elektroniczna Skrzynka Podawcza- ePUAP: /0eqfd766vi/SkrytkaESP

Adres do e-doręczeń: AE:PL-47913-77929-ATRGH-26

Państwa dane zbierane są w celu realizacji zadań ustawowych i posłużą do ustalenia uprawnień do skorzystania z pomocy - dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Zgłaszając się do Ośrodka mają Państwo obowiązek podać wszelkie informacje potrzebne do rzetelnego ustalenia Państwa sytuacji. Niepodanie niezbędnych danych będzie skutkować odmową udzielenia pomocy.

Państwa dane nie będą podlegać przetwarzaniu w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Okres przetwarzania

Zebrane dane będziemy przetwarzać przez okres potrzebny do realizacji celu, oraz będą przechowywane w ustawowym okresie archiwizacji w uzgodnieniu z archiwum państwowym. Na dzień wydania niniejszej informacji okres ten wynosi 5 lat.

Inspektor Ochrony Danych

W sprawach związanych z przetwarzaniem przez MOPS w Łodzi danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych za pomocą poczty elektronicznej pod adresem:

ochronadanych@mops.lodz.pl; telefonicznie pod numerem 507 434 336 lub pisemnie na adres siedziby administratora.

Kategorie odbiorców

Państwa dane mogą być przekazywane innym podmiotom, z którym MOPS w Łodzi zawiera umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (np. dostawca usług elektronicznych, firmy serwisowe), a także podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa, np. PFRON, Sądy, Prokuratury, Ośrodkom Pomocy Społecznej, NIK, Urzędy Skarbowe.

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.

Prawa i skarga do Urzędu Ochrony Danych Osobowych

W związku z przetwarzaniem danych osobowych mają Państwo prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu oraz usunięcia, jeśli minął czas w jakim przepisy prawa zobowiązują Ośrodek do ich archiwizowania.

Ponadto mają Państwo prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.

Podstawa prawna

Będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na administratrze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz wykonywaniem przez administratora zadań realizowanych w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e RODO). Przetwarzania danych osobowych szczególnych kategorii, np. dotyczących zdrowia, ze względu na ważny interes publiczny, podstawą prawną przetwarzania jest art. 9 ust. 2 lit. g RODO.

Przetwarzanie danych osobowych niezbędne do wykonania umowy odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO

Oświadczam, że nie otrzymałem/am i nie ubiegam się w bieżącym roku o dofinansowanie ze środków PFRON do turnusu rehabilitacyjnego w innej placówce.

Oświadczam, że wszelkie dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jednocześnie oświadczam, że, znane mi są regulacje prawne odnoszące się do przedkładania nieprawdziwych informacji oraz odpowiedzialność z nią związana.

Oświadczam, że opiekun/ka, którego dane osobowe podane są we wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym zapoznał/a się z „**Informacją dla osób oraz rodzin, których dane osobowe przetwarzane są w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łodzi w ramach zadań PFRON.**”

Oświadczam, że o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować MOPS w Łodzi w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że decyzję w sprawie przyznania środków bądź odmowy dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym będą podejmowane po otrzymaniu przez MOPS w Łodzi środków na realizację zadania.

Jeśli nie będę mógł/mogła skorzystać z przyznanego dofinansowania w uczestnictwie w turnusie rehabilitacyjnym zobowiązuję się do **złożenia niezwłocznie rezygnacji** z podaniem przyczyny.

Przyjmuję do wiadomości, że wniosek nie będzie rozpatrzony, jeżeli w ciągu 30 dni od daty złożenia wniosku nie dostarczę brakujących dokumentów.

MOPS w Łodzi informuje, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania, wniosek niezrealizowany w danym roku nie przechodzi na rok następny.

MOPS w Łodzi informuje, że warunkiem uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym jest przedłożenie w ośrodku aktualnej informacji o stanie zdrowia (ważna 30 dni od wystawienia) oraz aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/pełnomocnika)

.....
(podpis pracownika przyjmującego wniosek)