



Data .....

nr wniosku .....

**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. 42 685-43-53; fax 42 632-41-30

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

*(wypełnij drukowanymi literami)*

**I: Dane Wnioskodawcy**

1. Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania ..... Kod .....

Telefon: ..... PESEL: .....

e-mail: .....

**II: Zakres dofinansowania**

1. Przedmiot wniosku .....

.....

2. Podstawowe informacje dotyczące zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:

| Lp.          | Nazwa | szt. | Wartość ogółem | Do weryfikacji<br>(wypełnia MOPS) |
|--------------|-------|------|----------------|-----------------------------------|
|              |       |      |                |                                   |
|              |       |      |                |                                   |
|              |       |      |                |                                   |
|              |       |      |                |                                   |
| <b>RAZEM</b> |       |      |                |                                   |

### III: Informacje o Wnioskodawcy

1. Stopień niepełnosprawności (proszę wstawić X we właściwej rubryce):

|                |  |
|----------------|--|
| 1. Znaczny     |  |
| 2. Umiarkowany |  |
| 3. Lekki       |  |

Rodzaj niepełnosprawności: .....

2. Uzasadnij zakup sprzętu rehabilitacyjnego i opisz przewidywane skutki zmniejszenia niepełnosprawności:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Wypełnij, jeżeli jesteś rodzicem / opiekunem prawnym małoletniego Wnioskodawcy lub pełnomocnikiem osoby ubezwłasnowolnionej: **(wypełnij drukowanymi literami)**:

Imię i nazwisko .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania ..... Kod .....

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem .....

– postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia ..... sygn. akt .....

– na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza

..... z dnia .....

repet. nr .....

## 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 wyniósł:

| 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). |                                      |                   |

Oświadczam, że korzystałem(am) ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat

(np. *turnus rehabilitacyjny, sprzęt rehabilitacyjny, sprzęt elektroniczny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze itp.*):  TAK  NIE

| Przedmiot dofinansowania | Rok zawarcia umowy | Kwota przyznana (w zł) | Stan rozliczenia umowy (rozliczona / nierozliczona) | Do weryfikacji przez pracownika MOPS |
|--------------------------|--------------------|------------------------|---|--------------------------------------|
|                          |                    |                        |   |                                      |
|                          |                    |                        |   |                                      |
|                          |                    |                        |   |                                      |
|                          |                    |                        |   |                                      |

**Oświadczam, że wszelkie dane ujawnione we wniosku 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:**

- w przypadku zmiany danych podanych w niniejszym wniosku zobowiązuję się poinformować MOPS w Łodzi w ciągu 14 dni od zaistniałej sytuacji,
- przyjmuję do wiadomości, że złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania,
- przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie kosztów likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych ze środków Funduszu.

Kosztorys przedsięwzięcia (*wypełnia pracownik MOPS*):

Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia .....

Własne środki lub przekazane z innych źródeł niż PFRON: .....

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .....

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

### **Informacje ogólne**



Administratorem Państwa danych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi, z siedzibą przy ulicy Kilińskiego 102/102a.

Wszelkie dane otrzymane od Państwa posłużą do ustalenia uprawnień do dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i tylko w takim celu będą wykorzystywane.

Zgłaszając się do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej mają Państwo obowiązek podać wszelkie informacje potrzebne do rzetelnego ustalenia Państwa sytuacji.

Niepodanie danych może skutkować odmową udzielenia dofinansowania. Państwa dane nie będą podlegały przetwarzaniu zautomatyzowanemu ani nie będą przekazywane do państw trzecich.



### **Okres przetwarzania**

Zebrane dane będziemy przetwarzać przez okres potrzebny do realizacji celu, lecz nie krócej niż określają to przepisy o archiwizacji.



### **Inspektor Ochrony Danych**

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

**ochronadanych@mops.lodz.pl.**

Więcej informacji znajduje się na stronie internetowej:

<https://mops.uml.lodz.pl/informacje/ochrona-danych/>



### **Kategorie odbiorców**

Na podstawie umów powierzenia danych oraz odrębnych przepisów będziemy przekazywać Państwa dane następującym kategoriom odbiorców: PFRON, agencje usługowo-opiekuńcze, placówki oświatowe, firmy serwisowe oraz organizacje pozarządowe, z którymi Ośrodek podpisał umowy na realizację zadań publicznych.



### **Prawa i skarga do Urzędu Ochrony Danych Osobowych**

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

Ponadto mają Państwo prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO).



### **Podstawa prawna**

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2021 poz. 573).

Rozporządzenie 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 (Dz.U. 2015 poz. 926).

Ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. 2020 poz. 164).

Łódź, dnia .....

.....

(*podpis Wnioskodawcy,*  
*przedstawiciela ustawowego/ pełnomocnika*)