

1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, <i>(oryginał do wglądu)</i>
2.	Klauzula informacyjna załącznik nr 2
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku - <i>załącznik nr 3</i>
4.	Dokument potwierdzający aktywność zawodową tj. zaświadczenie z PUP potwierdzające posiadanie statusu osoby bezrobotnej bądź statusu osoby poszukującej zatrudnienia z informacją od kiedy nastąpiła data rejestracji, a w przypadku osób pracujących kserokopia umowy o pracę, bądź aktualny dokument o prowadzonej działalności gospodarczej, rolniczej
5.	Propozycja specyfikacji zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości – 2 oferty cenowe z różnych zakładów ortopedycznych (wypełnione w wersji elektronicznej dostępnej na stronie www.mopr.wloclawek.pl i po wydrukowaniu opatrzone datą, pieczęcią i podpisem wystawcy. Oferty będą analizowane przez Eksperta PFRON)– <i>załącznik nr 4</i>
6.	Inne załączniki (należy wymienić):

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informuję, że:

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku z siedzibą przy ul. Ogniowej 8/10, 87-800 Włocławek, tel. 54 423 23 00.

2. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, tel. 54 423 23 81.

3. Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) w/w Rozporządzenia.

4. Przysługuje Pani/Panu prawo do:

– dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz do przenoszenia swoich danych, a także – w przypadkach przewidzianych prawem – prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych,

– wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego Rozporządzenia tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

5. Podanie danych w zakresie wymaganym obowiązującymi przepisami prawa jest obowiązkowe. W pozostałych przypadkach podawanie danych osobowych ma charakter dobrowolny.

6. Odbiorcą Pana/i danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

7. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.

8. Pana/i dane osobowe nie będą poddawane profilowaniu, o czym stanowi art. 22 Rozporządzenia.

.....

.....
 Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku przez lekarza specjalistę o pomoc w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
 - prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

Przyczyna amputacji kończyny: uraz inna, jaka

Aktualny stan procesu chorobowego: stabilny niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

....., dnia
 (miejscowość) (data)

.....
 (pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)

Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorysu do protezy dla Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....

Poziom amputacji:

Ewentualne nieprawidłowości kikuta:

.....
.....

Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych fabrycznie

L. p	Nazwa elementu	Producent i symbol elementu	Nazwa handlowa (jeśli jest)	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
Suma (w zł)						

Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla wnioskodawcy

L. p	Nazwa elementu	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
Suma (w zł)				

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)

.....