

Data wpływu:

Nr wniosku ORT/DZ*/_____/_____/_____

Nr sprawy DdRS.6101._____/_____/_____

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE**

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY / DZIECKU / PODOPIECZNYM *

Imię i nazwisko		Data urodzenia		Syn/córka (podać imię ojca)	
PESEL		Seria i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość			
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □					
Dowód osobisty wydany przez:			Data ważności dokumentu		

ADRES ZAMIESZKANIA (pobyt stały)

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Tel/fax z nr kierunkowym (tel. komórkowy)		

ADRES DO KORESPONDENCJI

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu

ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu

2. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/ PEŁNOMOCNIKA*

- Rodzic osoby niepełnosprawnej
- Opiekun prawny osoby niepełnosprawnej ustanowiony - postanowienie Sądu Rejonowego z dn. _____ sygn.akt/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza _____ z dn. _____

Imię (imiona) i nazwisko		Data urodzenia		Syn/córka (podać imię ojca)	
PESEL		Seria i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość			
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □					
Dowód osobisty wydany przez			Data ważności dokumentu		
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
Powiat	Województwo	Telefon z nr kierunkowym (tel. komórkowy)			

3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: WNIOSKODAWCY / DZIECKA / PODOPIECZNEGO*

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |

orzeczenie o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

Orzeczenie ważne: okresowo do _____ bezterminowo

* niepotrzebne skreślić / zaznaczyć znakiem X w odpowiednim polu „□”

4. INFORMACJE DOTYCZĄCE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

5. ZOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

Nazwa przedmiotu / środka pomocniczego	Ilość	Wartość przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego (w zł)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

6. STATUS ZAWODOWY WNIOSKODAWCY

- zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą*
- osoba ucząca się lub studiująca*
- osoba bezrobotna / poszukująca pracy / niezatrudniona*
- osoba posiadająca ustalone prawo do świadczeń emerytalnych / rentowych *

* niepotrzebne skreślić

7. SPOSÓB PRZEKAZANIA PRYZNANEGO DOFINANSOWANIA*

a) w przypadku zapłaty faktury gotówką przez Wnioskodawcę

przekaz pocztowy:.....

(podać: imię, nazwisko, adres)

przelew na rachunek bankowy:.....

(podać: imię, nazwisko, adres)

Nazwa banku:

Nr rachunku bankowego:

b) w przypadku faktury z odroczonym terminem płatności:

przelew na rachunek bankowy świadczeniodawcy realizującego zlecenie.

zaznaczyć znakiem X w odpowiednim polu „"

- 1) Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu Powiatu Dąbrowa Górnicza tak - nie.
- 2) Oświadczam, że zamieszkuję w Domu Pomocy Społecznej tak - nie.

W przypadku mieszkańców domów pomocy społecznej placówka pokrywa częściową odpłatność do wysokości limitu ceny. Osoby niepełnosprawne przebywające w takiej placówce mogą ubiegać się o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

- tylko w sytuacji, gdy cena tych przedmiotów i środków przekracza ustalony limit.
- 3) Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie ww. danych w bazie danych MOPS/DdRS dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014, poz. 1182 z późn. zm.).
 - 4) Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego /Dz.U. z dnia 06.06.1997 r. nr 88, poz. 553/ za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.
 - 5) O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie w terminie 7 dni roboczych poinformować Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.
 - 6) Wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.

Dąbrowa Górnicza, dnia _____

Czytelny podpis
Wnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego

*We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.
W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ...” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.*

8. INFORMACJE O DOFINANSOWANIU

O dofinansowanie ze środków Funduszu - zaopatrzenia w **przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, jeżeli średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku nie przekracza kwoty:**

- ✓ 50% przeciętnego wynagrodzenia* na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego,
- ✓ 65% przeciętnego wynagrodzenia* w przypadku osób samotnych.

***Przeciętne wynagrodzenie** oznacza - przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20, pkt 2 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2004 r., nr 39, poz. 353, z późn. zm.).

9. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kopię aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność – **oryginał do wglądu.**
2. Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny.
3. Kopię zrealizowanego **zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzonej za zgodność** przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.
4. **Fakturę** za zakup/naprawę przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych wystawioną na osobę niepełnosprawną lub jej rodzica (opiekuna prawnego) z **wyszczególnieniem w treści:**
 - **ceny brutto zakupionego sprzętu,**
 - **limitu określonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia,**
 - **kwoty opłaconej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ),**
 - **kwoty udziału własnego osoby niepełnosprawnej lub jej rodzica (opiekuna prawnego),**
 - **numer fabryczny (typ, model, itp.) zakupionego przedmiotu ortopedycznego i środka pomocniczego,**
 - **forma zapłaty – przelew z odroczonym terminem płatności nie krótszym niż 30 dni od daty wystawienia faktury, w przypadku dokonania zapłaty – informacja „zapłacono”.**

albo
ofertę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE DOCHODÓW

Przeciętny miesięczny dochód na 1 osobę w rodzinie oznacza – przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Uwaga! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) _____ zamieszkały(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

_____ (miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

		Przeciętny miesięczny dochód*
Dane dotyczące Wnioskodawcy – imię i nazwisko:		X
1.		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:		X
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
		Razem:

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego /Dz.U. z dnia 06.06.1997 r. nr 88 poz. 553/ za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

Oświadczam, także że:

- 1) **przeciętny miesięczny dochód** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosizł (słownie złotych:)
- 2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.
miejscowość

.....
Wnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego

POUCZENIE

Za dochody uwzględniane przy obliczeniu przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, uważa się dochody (po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób):

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono (zaznaczyć właściwe)	Uzupełniono (zaznaczyć właściwe)	Data uzupełnienia
		wypełnia pracownik przyjmujący wniosek		
1.	Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności lub niepełnosprawność w przypadku dziecka do 16 roku życia - oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	W przypadku ubiegania się o przyznanie dofinansowania po zakupie przedmiotu			
	Faktura za zakupione przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze wystawione na osobę niepełnosprawną, określającą kwotę opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inne dokumenty potwierdzające ten zakup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kserokopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie / kserokopia karty zaopatrzenia comiesięcznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku ubiegania się o przyznanie dofinansowania przed zakupem przedmiotu			
	Faktura pro-forma lub kosztorys podpisany przez sprzedawcę i wnioskodawcę zakupu przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kserokopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Inne załączone dokumenty:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pieczątką imienną pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis:.....