



MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ  
W DĄBROWIE GÓRNICZEJ

Data wpływu:

Nr wniosku SR/DZ\*/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nr sprawy DdRS.6101.\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

**WNIOSK  
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON ZAKUPU  
SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO**

**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

**4. 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

**5. WNIOSKOWANE DOFINANSOWANIE (należy podać nazwę urzędnika i jego cenę)**

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
<b>ŁĄCZNIE</b>		

**6. UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU – cel dofinansowania**

dotatkowe informacje w przypadku Wnioskodawcy, który ubiega się ponownie o udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel - należy wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórznego /kolejnego dofinansowania ze środków PFRON


**7. 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

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (w tym programy celowe realizowane przez PFRON) w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku)			tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>		
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>						

## 8. INFORMACJE O DOFINANSOWANIU

O dofinansowanie ze środków Funduszu - zaopatrzenia w **sprzęt rehabilitacyjny** 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.).

- 1) Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie ww. danych w bazie danych MOPS/DdRS dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014, poz. 1182 z późn. zm.).
- 2) 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.
- 3) O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie informować Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.
- 4) Zostałem/am poinformowany/a, że kwota dofinansowania zakupu sprzętu rehabilitacyjnego **wynosi do 80%** kosztów przedsięwzięcia.
- 5) Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował/a środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.
- 6) Wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.
- 7) Informuję, że jestem\*, nie jestem\* płatnikiem podatku VAT.
- 8) Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że:
  - 1) dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.
  - 2) dofinansowanie nie może obejmować kosztów zakupu przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.
- 9) Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu Powiatu Dąbrowa Górnicza  tak -  nie.

Dąbrowa Górnicza, dnia \_\_\_\_\_

-----  
**Czytelny podpis**

Wnioskodawcy, pełnomocnika,  
przedstawiciela ustawowego,  
opiekuna prawnego.

\* niepotrzebne skreślić

*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.*

## 9. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

### Załączniki:

- ✓ Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu),
- ✓ Aktualne zaświadczenie lekarskie, wskazujące na konieczność zakupu sprzętu wymienionego we wniosku,
- ✓ Udokumentowana informacja o ewentualnych innych niż środki PFRON źródłach finansowania zadania,
- ✓ Imienna oferta cenowa urządzenia wystawiona przez sprzedawcę i podpisana przez Wnioskodawcę,
- ✓ 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.

## 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 – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</b>		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 wynosi .....zł (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):

1. 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,
2. 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,
3. inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej w celu dofinansowania  
ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

**Wniosek należy wypełnić CZYTELNIEM w j. polskim**

1. Dane osoby, której dotyczy wniosek o przyznanie dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Data i miejsce urodzenia \_\_\_\_\_

Miejsce zamieszkania \_\_\_\_\_

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

dysfunkcji narządu ruchu\*,  dysfunkcji narządu wzroku\*,  dysfunkcji narządu słuchu\*,

innej dysfunkcji\* \_\_\_\_\_

3. Charakterystyka posiadanej niepełnosprawności – rodzaj schorzenia lub dysfunkcji, z powodu których należy zastosować wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Rodzaj sprzętu do którego Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie:

\_\_\_\_\_  
(nazwa sprzętu)

5. Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, służącego do usprawniania zaburzonych funkcji organizmu lub wspomagających proces rehabilitacji w warunkach domowych:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Na podstawie posiadanej wiedzy medycznej stwierdzam, że prowadzenie rehabilitacji przy użyciu tego sprzętu umożliwi osobie niepełnosprawnej uczestnictwo w życiu społecznym.**

Tak  \*

Nie  \*

**Uwaga:** dofinansowanie ze środków PFRON nie dot. rehabilitacji leczniczej

Jakie są przewidywane efekty rehabilitacji społecznej przy zastosowaniu ww. sprzętu rehabilitacyjnego:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....  
miejsowość i data  
\* właściwe zakreślić znakiem X

.....  
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

## 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.	Imienna oferta cenowa lub faktura pro-forma urzędnika wystawiona przez sprzedawcę i podpisana przez Wnioskodawcę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie lekarskie stwierdzające konieczność użytkowania wnioskowanego sprzętu w procesie rehabilitacji osoby niepełnosprawnej w warunkach domowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	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"/>	
6.	Inne załączone dokumenty:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pieczętka imienna pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis: