

**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W DĄBROWIE GÓRNICZEJ**

DATA WPLYWU
Nr wniosku ORT/DZ*/ _____ / _____ r.
Nr sprawy DdRS.6101. _____ / _____

Podpis i pieczęć pracownika MOPS przyjmującego wniosek

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

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY / DZIECKU / PODOPIECZNYM *

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

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
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.		
Orzeczenie ważne: <input type="checkbox"/> okresowo do _____ <input type="checkbox"/> bezterminowo		

* niepotrzebne skreślić
zaznaczyć znakiem X w odpowiednim polu „”

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

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:

Nazwa sprzedawcy:.....

(nazwa sprzedawcy, adres)

Nazwa banku:

Nr rachunku bankowego:

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) 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 2002 r., nr 101, poz. 926, z późn. zm.).
- 3) 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.
- 4) O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie w terminie 7 dni roboczych poinformować Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.
- 5) Wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.

Dąbrowa Górnicza, dnia _____

Czytelny podpis
 Wnioskodawcy, pełnomocnika,
 przedstawiciela ustawowego,
 opiekuna prawnego

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, gotówka – 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

Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód na 1 osobę w rodzinie** wynosił: _____ zł.

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:

L.p.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Wiek	Czy pobiera naukę (tak/nie)	Przeciętny miesięczny dochód*
Dane dotyczące Wnioskodawcy:						
1.						
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
					Razem:	

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 2002 r., nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

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.

Data

Czytelny podpis
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) :

- 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,
- 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,
- inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

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, określając 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"/>	

Pieczętka imienna pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis:.....