

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W DĄBROWIE GÓRNICZEJ

Data wpływu
Nr wniosku SR/DZ*/_____/_____/_____. r.
Nr sprawy DdRS.6101._____/_____

Pieczątką i podpis pracownika przyjmującego wniosek
--

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

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
---	---	---

orzeczenie o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

Orzeczenie ważne: okresowo do _____ bezterminowo

* niepotrzebne skreślić

**zaznaczyć znakiem X w odpowiednim polu „”

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 tekst jednolity).
- 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

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

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 2014, poz. 1182 tekst jednolity).

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.



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 CZYTELNIÉ 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 urzędzenia 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: