

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

**WNIOSEK
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*				
<input type="checkbox"/> Rodzic osoby niepełnosprawnej <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> okresowo do _____ <input type="checkbox"/> bezterminowo				

* niepotrzebne skreślić

**zaznaczyć znakiem X w odpowiednim polu „□”

4. STATUS ZAWODOWY WNIOSKODAWCY / DZIECKA / PODOPIECZNEGO

- 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)
ŁĄCZNIE		

6. UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU – cel dofinansowania

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

7. INFORMACJE DOTYCZĄCE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca posiada zaległości wobec PFRON: tak nie

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

Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie: tak nie

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (w tym programy celowe realizowane przez PFRON) w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku)

tak

nie

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)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Razem uzyskane dofinansowanie:						

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 (tekst jednolity Dz.U. z 2017 r., poz. 1383).

- 1) Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie ww. danych przez MOPS/DdRS dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz.922)
- 2) Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2017 r., poz. 2204) 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 – 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 (tekst jednolity Dz.U. z 2017 r., poz. 2204) 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):

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 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 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: