

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 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

#### 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/ 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

#### 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 przez MOPS/DdRS dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 922)
- 4) Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r., poz. 1137) 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 (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r., poz. 887, 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:**
  - **cenę 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 – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</b>		X
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
		<b>Razem:</b>

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r., poz. 1137) 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):**

- 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
		<b>wypełnia pracownik przyjmujący wniosek</b>		
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"/>	

Pieczątką imienną pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis:.....