

Nr sprawy: **RSN.700.5. 2018**

DATA WPŁYWU WNIOSKU

WNIOSEK

O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO NABYCIA PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	DANE PERSONALNE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO, PEŁNOMOCNIKA
Imię.....	Imię.....
Nazwisko.....	Nazwisko.....
Adres zamieszkania	Adres zamieszkania
.....
Telefon	Telefon
Stan cywilny:*.....	
Data urodzeniar.	
Dowód osobisty seria nr	Dowód osobisty seria nr
PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NR RACHUNKU BANKOWEGO	NR RACHUNKU BANKOWEGO
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

* w pozycji stan cywilny należy wpisać odpowiednio: panna/kawaler, mężatka/żonaty, wdowa/wdowiec, rozwiedziona/rozwiedziony

2. INFORMACJE O POSIADANEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

- znaczny stopień niepełnosprawności /całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji /I grupa inwalidzka
- umiarkowany stopień niepełnosprawności/całkowita niezdolność do pracy /II grupa inwalidzka
- lekki stopień niepełnosprawności /częściowa niezdolność do pracy /III grupa inwalidzka
- orzeczenie o niepełnosprawności (dzieci do 16 roku życia)

Ważność dokumentu ** stała okresowa do

** właściwe zakreślić znakiem X

3. CEL DOFINANSOWANIA – DOFINANSOWANIE DO NABYCIA PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

Nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego:

1.
2.
3.
4.

4. SPOSÓB PRZEKAZANIA PRYZNANEGO DOFINANSOWANIA**

a) w przypadku zapłaty faktury gotówką przez Wnioskodawcę:

- wypłata w kasie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jaworznie (ul. Północna 9b, II piętro)
- przelew na rachunek osobisty wskazany w pkt 1 wniosku

b) w przypadku faktury z odroczonym terminem płatności

- przelew na rachunek bankowy sprzedawcy przedmiotu ortopedycznego, środka pomocniczego

5. INFORMACJA O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek wynosił:

..... zł. (słownie: zł.)

OŚWIADCZAM, ŻE RAZEM ZE MNĄ WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM POZOSTAJĄ NASTĘPUJĄCE OSOBY:

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA Z WNIOSKODAWCĄ (np. żona, mąż, córka, syn itp.)	PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD (NETTO)
1. Wnioskodawca	zł.
2.	zł.
3.	zł.
4.	zł.
5.	zł.
6.	zł.
RAZEM	zł.

** właściwe zakreślić znakiem X

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm)
2. Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2017, poz 2204) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
3. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/em stroną umowy zawartej z Funduszem, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Jaworzno, dnia

.....
Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU:

1. Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego posiadany stopień niepełnosprawności lub niepełnosprawność (dzieci do 16 roku życia) wraz z oryginałem - do wglądu,
2. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopię zaświadczenia lub wyroku sądu o ustanowieniu opieki prawnej wraz z oryginałami - do wglądu.
3. W przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa notarialnego wraz z oryginałem – do wglądu.
4. Dokumenty potwierdzające wysokość osiągniętych dochodów w gospodarstwie domowym - do wglądu,
5. Faktura za zakupione przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze wystawiona na osobę niepełnosprawną, określająca kwotę opłacaną w ramach NFZ oraz kwotę udziału własnego lub inne dokumenty potwierdzające ten zakup.
6. Kserokopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze z NFZ, potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę (np. sklep, firma) realizującego to zlecenie na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Jaworzno, dnia

.....
Podpis osoby przyjmującej wniosek

WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS:

Wnioskodawca **SPEŁNIA/NIE SPEŁNIA***** kryterium, które wynosi:

..... – na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,

..... – na osobę samotną.

.....
Podpis i pieczęć pracownika MOPS

*** niepotrzebne skreślić