



Wniosek nr: MOPR.ZODON.41504...../202

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PODOPIECZNEGO

 Nie dotyczy

Nazwa pola	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

 Przedstawicielem ustawowym Opiekunem prawnym:

Nazwa pola	
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

 Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Nazwa pola	
Imię i nazwisko:	
Z dnia:	
Repetytorium nr:	

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
 Inna dysfunkcja narządu ruchu
 Dysfunkcja narządu wzroku
 Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
 Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia Inny / jaki?

IV. SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
 Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
 Bezrobotny poszukujący pracy
 Rencista poszukujący pracy
 Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy Dzieci i młodzież do lat 18 Inne / jakie?

V. SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE

- samotnie
 z rodziną
 z osobami niespokrewnionymi

VI. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ ORAZ OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI ICH DOCHODÓW NETTO

Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał (trzy miesiące) poprzedzające miesiąc, w którym składany jest wniosek (netto).**

Lp.	Stopień pokrewieństwa	Dochód miesięczny netto
1.	WNIOSKODAWCA	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
	RAZEM	

VII. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków finansowych PFRON:

- nie korzystałem
 korzystałem

VIII. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**I. PRZEDMIOT WNIOSKU**

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	

II. UZASADNIENIE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**DANE RACHUNKU BANKOWEGO**

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

Nazwa pola	Wartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: zł.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz.U. z 2019 r., poz. 1950, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności, grupę inwalidzką lub niezdolność do pracy, niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed 1.01.1998 r. (oryginał do wglądu).
2. Faktura proforma lub oferta cenowa określająca cenę zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.
3. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność użytkowania sprzętu rehabilitacyjnego w warunkach domowych.
4. Klauzula informacyjna i zgoda na przetwarzanie danych osobowych przez MOPR w Chełmie.
5. Kserokopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub udzielonego pełnomocnictwa (oryginał do wglądu) – jeżeli dotyczy

(pieczętka Zakładu Opieki Zdrowotnej lub
gabinetu lekarskiego)

Chełm, dnia.....

Zaświadczenie lekarskie

Zaświadczam, iż Pan/i:

Imię i nazwisko

Data urodzenia seria i nr dowodu osobistego

Zamieszkały/a

Stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności

.....
(opisać rodzaj niepełnosprawności)

wymaga rehabilitacji w warunkach domowych z użyciem

.....
(nazwa sprzętu rehabilitacyjnego)

.....
(podpis i pieczętka lekarza specjalisty)