

## WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT ORTOPEDYCZNY I ŚRODKI POMOCNICZE

(dotyczy osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Miasta Zabrze)

**Wnioskodawca:** (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imię i nazwisko ..... nr telefonu .....

Adres zamieszkania\* kod..... - ..... Zabrze, ul. ....

PESEL..... seria dowodu osobistego.....

### W przypadku dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej

Imię i nazwisko dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej .....

PESEL.....

### Posiadane orzeczenie\*\*:

- znaczny, I grupa                       umiarkowany, II grupa                       lekki, III grupa  
 o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

**Orzeczony stopień ma charakter\*\*:**                       trwały                       okresowy na okres do .....

### Cel dofinansowania: (zakreślić wg wskazań lekarza)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> pieluchomajtki, podkłady | <input type="checkbox"/> materac przeciwoleżynowe | <input type="checkbox"/> proteza piersi  |
| <input type="checkbox"/> cewniki                  | <input type="checkbox"/> kule łokciowe            | <input type="checkbox"/> system FM       |
| <input type="checkbox"/> wózek inwalidzki         | <input type="checkbox"/> buty ortopedyczne        | <input type="checkbox"/> aparat słuchowy |
| <input type="checkbox"/> proteza uda i podudzia   | <input type="checkbox"/> gorset ortopedyczny      | <input type="checkbox"/> szyny (ortezy)  |
| <input type="checkbox"/> fotelik                  | <input type="checkbox"/> pionizator               | <input type="checkbox"/> inne .....      |

### Wyliczenie dofinansowania: (wypełnia MOPR)

Koszt całkowity

Przelew     Kasa     Odmowa

Udział NFZ

Udział wnioskodawcy

Lista numer: .....

Kwota dofinansowania

Data .....

### Korzystanie ze środków PFRON:

**Korzystałem/am ze środków PFRON\***                       tak                       nie

Podać rok korzystania .....

Podać nazwę sprzętu .....

### Sytuacja zawodowa wnioskodawcy:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dzieci i młodzież do lat 18                            | <input type="checkbox"/> Prowadzący własną działalność gospodarczą |
| <input type="checkbox"/> Młodzież w wieku od 18 do 24 ucząca się lub studiująca | <input type="checkbox"/> Bezrobotny                                |
| <input type="checkbox"/> Zatrudniony  | <input type="checkbox"/> Rencista/emeryt                           |

## OŚWIADCZENIE

o wysokości dochodu i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą np. (mąż, syn, córka, itp.):		Przeciętny miesięczny dochód <sup>1</sup>
1.	<b>WNIOSKODAWCA</b>	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
<b>RAZEM:</b>		

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód<sup>\*\*\*</sup> przypadający na jednego członka gospodarstwa domowego wynosi: ..... zł gr.

**Przyznane dofinansowanie proszę przekazać \*\*::**

przelewem na mój nr rachunku bankowego: Nazwa konta .....

□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---

przelewem na nr rachunku bankowego osoby przeze mnie wskazanej:

Imię i nazwisko .....seria dowodu osobistego .....

Adres zamieszkania .....

Nazwa konta .....

□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---

przelewem na nr rachunku bankowego firmy/sklepu (zgodnie z ofertą cenową)

□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---

do kasy Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrze do rąk:

wnioskodawcy

osobie wskazanej przez wnioskodawcę:

Imię i nazwisko .....seria dowodu osobistego .....

Adres zamieszkania .....

<sup>1</sup> przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od 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, podzielonych przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

## Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że:

1. Rozpatrzenie wniosku następuje na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Zarządzenia Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrze określającego regulamin przyznawania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, rehabilitacyjny oraz środki pomocnicze.
2. Realizacja złożonych wniosków nastąpi z chwilą otrzymania środków finansowych przez tut. Ośrodek na realizację powyższego zadania.
3. Dofinansowanie będzie przyznawane przez tut. Ośrodek do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu zabrzańskiego i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
4. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do tut. Ośrodka w formie pisemnej
5. Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrze w zakresie wynikającym z wniosku, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 101 z 2002r. poz. 926 z późn. zm.).
6. Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 1997 r. nr 88 poz. 553 z późniejszymi zmianami).

Zabrze, dn.....  
Data

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna  
prawnego osoby niepełnosprawnej

### Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA MOPR (należy zaznaczyć właściwe)
		Dołączono do wniosku
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu),	<input type="checkbox"/>
2.	W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku 16-24 lat, należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.	<input type="checkbox"/>
3.	Fakturę potwierdzającą zakup przedmiotów ortopedycznych/środków pomocniczych z wyszczególnieniem: całkowitego kosztu zakupu, kwoty opłaconej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, kwoty udziału własnego <b>Lub:</b> Ofertę cenową określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia do realizacji,	<input type="checkbox"/>
4.	Kopię zrealizowanego lub przyjętego do realizacji zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne/środki pomocnicze – <b>potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie</b>	<input type="checkbox"/>
5.	W przypadku zakupu środków pomocniczych takich jak np. pieluchomajtki, cewniki, worki na mocz - <b>kopię karty zaopatrzenia</b> (oryginał do wglądu),	<input type="checkbox"/>
6.	W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego należy dołączyć kserokopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),	<input type="checkbox"/>
7.	Inne	<input type="checkbox"/>

Potwierdzam zgodność z oryginałem kserokopii dokumentów dołączonych do wniosku .....  
data, pieczęć i podpis pracownika przyjmującego wniosek

**Wnioski przyjmowane są w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Zabrze,  
ul. 3-go Maja 16, pok. 19, tel. (32) 277 78 21**

**Godziny przyjmowania stron:**

Poniedziałek	8 <sup>00</sup> - 12 <sup>00</sup>
Wtorek	8 <sup>00</sup> - 12 <sup>00</sup>
Środa	11 <sup>30</sup> - 14 <sup>30</sup>
Czwartek	11 <sup>30</sup> - 14 <sup>30</sup>
Piątek	NIECZYNNE

Wnioski dot. zadań PFRON można pobierać ze strony:

[www.mopr.zabrze.pl](http://www.mopr.zabrze.pl)  
e-mail: [ofron@mopr.zabrze.pl](mailto:ofron@mopr.zabrze.pl)