

WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY

(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.....

NIP: - - - **W przypadku dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej**

Imię i nazwisko dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej

PESEL.....

Posiadane orzeczenie:**

- znaczny umiarkowany lekki
- 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"/> bryła rehabilitacyjna | <input type="checkbox"/> piłka rehabilitacyjna | <input type="checkbox"/> wioślarz |
| <input type="checkbox"/> chwytak, trener dłoni | <input type="checkbox"/> poduszka rehabilitacyjna | <input type="checkbox"/> fotelik i krzesła rehabilitacyjne |
| <input type="checkbox"/> ciężarki do ćwiczeń | <input type="checkbox"/> podwieszka do ćwiczeń | <input type="checkbox"/> urządzenie do światłolecznictwa |
| <input type="checkbox"/> drabinka do ćwiczeń | <input type="checkbox"/> rowerek rehabilitacyjny | <input type="checkbox"/> rotor do ćwiczeń kończyn |
| <input type="checkbox"/> klocki rehabilitacyjne | <input type="checkbox"/> stacjonarny | <input type="checkbox"/> łóżko rehabilitacyjne |
| <input type="checkbox"/> materac rehabilitacyjny | <input type="checkbox"/> flex bar do ćwiczeń rąk | <input type="checkbox"/> inne |

Wyliczenie dofinansowania: (wypełnia MOPR)

Koszt całkowity

Udział wnioskodawcy

Kwota dofinansowania **Korzystanie ze środków PFRON:****Korzystałem/am ze środków PFRON**** tak niePodać rok korzysta
.....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 |

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

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 ¹ |
|---|--------------------|---|
| 1. | WNISKODAWCA | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| 7. | | |
| 8. | | |
| RAZEM: | | |

Oświadczam, że średni miesięczny dochód* przypadający na jednego członka gospodarstwa domowego wynosi:zł..... gr.

Przyznane dofinansowanie proszę przekazać:

Nazwa konta

przelewem na nr rachunku bankowego firmy/sklepu

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

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

¹ 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.

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. | Dowód osobisty Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej/opiekuna prawnego/pełnomocnika lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość (do wglądu), | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych na wskazanym sprzęcie | <input type="checkbox"/> |
| 4. | informacje dostawcy lub sprzedawcy sprzętu rehabilitacyjnego dotyczącą wartości sprzętu (np. kosztorys ofertowy, faktura PROFORMA) | <input type="checkbox"/> |
| 5. | 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"/> |
| 6. | 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"/> |
| 7. | Inne: | <input type="checkbox"/> |

Potwierdzam zgodność z oryginałem kserokopii dokumentów dołączonych do wniosku

data, pieczęć i podpis pracownika przyjmującego wniosek

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobyt

** Właściwe zaznaczyć

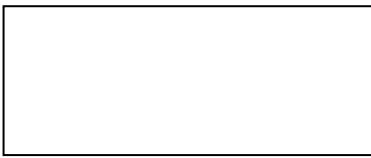
**Wnioski przyjmowane są w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Zabrze,
ul. 3-go Maja 16, pok. 19, tel. (32) 277 78 21**

Godziny przyjmowania stron:

| | |
|---------------|-------------------------------------|
| Poniedziałek | 8 ⁰⁰ - 12 ⁰⁰ |
| Wtorek | 8 ⁰⁰ - 12 ⁰⁰ |
| Środa | 11 ³⁰ - 14 ³⁰ |
| Czwartek | 11 ³⁰ - 14 ³⁰ |
| Piątek | NIECZYNNNE |

Wnioski dot. zadań PFRON można pobierać ze strony:

www.mopr.zabrze.pl
e-mail: ofron@mopr.zabrze.pl



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych
na wskazanym sprzęcie
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Adres (miejsce pobytu)

PESEL

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Posiada dysfunkcje narządu ruchu (określić jakie) lub inne schorzenia:

W/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie:

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty