

WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE 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	<input type="checkbox"/> Przelew <input type="checkbox"/> Kasa <input type="checkbox"/> Odmowa
Udział NFZ	
Udział wnioskodawcy	Lista numer:
Kwota dofinansowania	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	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 |

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 właściwie)
		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 Lub: 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 – potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie	<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.	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 20, (32) 277 78 21**

Wnioski dot. zadań PFRON można pobierać ze strony:

www.mopr.zabrze.pl

e-mail: ofron@mopr.zabrze.pl