

WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

(dotyczy osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Miasta Zabrze)

Wnioskodawca/Pełnomocnik jeżeli występuje: (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imię i nazwisko nr telefonu
Adres zamieszkania* kod.....-..... Zabrze, ul.
PESEL.....

W przypadku dziecka, osoby ubezwłasnowolnionej lub mocodawcy/wnioskodawcy w którego imieniu działa pełnomocnik

Imię i nazwisko dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej/ mocodawcy/wnioskodawcy w którego imieniu działa pełnomocnik
PESEL.....
Adres zamieszkania* kod.....-..... Zabrze, ul.

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)

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ pieluchomajtki, podkłady | ☐ materac przeciwoleżynowe | ☐ proteza piersi |
| ☐ cewniki | ☐ kule łokciowe | ☐ system FM |
| ☐ wózek inwalidzki | ☐ buty ortopedyczne | ☐ aparat słuchowy |
| ☐ proteza uda i podudzia | ☐ gorset ortopedyczny | ☐ szyny (ortezy) |
| ☐ fotelik | ☐ pionizator | ☐ inne |

Wyliczenie dofinansowania: (wypełnia MOPR)

Koszt całkowity
Udział NFZ
Udział wnioskodawcy
Kwota dofinansowania

☐ Przelew ☐ Kasa ☐ Odmowa

Lista numer:

Data

Korzystanie ze środków PFRON:

Korzystałem/am ze środków PFRON* ☐ tak ☐ nie

Podać rok korzystania
Podać nazwę sprzętu

Sytuacja zawodowa wnioskodawcy:

- | | |
|---|--|
| ☐ Dzieci i młodzież do lat 18 | ☐ Prowadzący własną działalność gospodarczą |
| ☐ Młodzież w wieku od 18 do 24 ucząca się lub studiująca | ☐ Bezrobotny |
| ☐ Zatrudniony | ☐ Rencista/emeryt |

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.	WNIOSKODAWCA	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
RAZEM:		

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód*** 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 nazwiskoseria dowodu osobistego

Adres zamieszkania

Nazwa konta.....

[illegible]☐ przelewem na nr rachunku bankowego firmy/sklepu (zgodnie z ofertą cenową)[illegible]

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.

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),	☐
2.	W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku 16-24 lat, należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.	☐
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,	☐
4.	Kopię zrealizowanego lub przyjętego do realizacji zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne/środki pomocnicze – potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie	☐
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),	☐
6.	Inne:	☐

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**

GODZINY PRZYJMOWANIA STRON:

Poniedziałek 07:30-15:30

Wtorek 07:30-15:30

Środa 07:30-12:00

Czwartek 07:30-12:00

Piątek 07:30-12:00

Wnioski dot. zadań PFRON można pobierać ze strony:

www.mopr.zabrze.pl

e-mail: ofron@mopr.zabrze.pl