

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

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

Nazwa konta

[illegible]

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

- Zabrze, dn.

.....
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),	☐
2.	Zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych na wskazanym sprzęcie	☐
3.	informacje dostawcy lub sprzedawcy sprzętu rehabilitacyjnego dotyczącą wartości sprzętu (np. kosztorys ofertowy, faktura PROFORMA)	☐
4.	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.	W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku 16-24 lat, należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.	☐
7.	Klauzula informacyjna	☐

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 20**

GODZINYPRZYMOWANIA 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



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:

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty