

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

1. Dane wnioskodawcy lub opiekuna prawnego

Imię i nazwisko				Data urodzenia	
Adres zamieszkania / zameldowania: ulica, nr domu / mieszkania					Kod pocztowy Gdynia
Telefon		Nr dowodu osobistego		PESEL	
Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż ww.: ulica, nr domu / mieszkania					Kod pocztowy Miejscowość

2. Dane dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej

Imię i nazwisko				Data urodzenia	
Adres zamieszkania / zameldowania: ulica, nr domu / mieszkania					Kod pocztowy Gdynia
Telefon		Nr dowodu osobistego		PESEL	
Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż ww.: ulica, nr domu / mieszkania					Kod pocztowy Miejscowość

3. Informacje dotyczące dofinansowania

Cel dofinansowania (nazwa sprzętu)			Przewidywany koszt zakupu sprzętu	
Miejsce użytkowania sprzętu		Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania (uzupełnia pracownik MOPS)		
Informacja o przyznanych wcześniej środkach Funduszu z określeniem kwoty, nr zawartej umowy, celu dofinansowania, daty przyznania oraz stanu rozliczenia				

4. Informacja o dochodach

UWAGA ! Do dochodu nie wlicza się świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku i dodatku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych

* Średni miesięczny dochód pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych wraz ze składką na ubezpieczenie zdrowotne, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób oraz powiększony o kwotę otrzymywanych alimentów podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Źródło dochodu wynagrodzenie, renta, emerytura, inne	Średni miesięczny dochód netto*
1		WNIOSKODAWCA			
RAZEM					

Informuję, że korzystam ze świadczeń rodzinnych lub ze świadczeń z pomocy społecznej w łącznej kwocie

5. Oświadczenie

Oświadczam, że	
▪ liczba członków rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym (razem z wnioskodawcą) wynosi	
▪ średni miesięczny dochód netto rodziny wynosi (bez świadczeń rodzinnych i świadczeń z pomocy społecznej)	
▪ średni miesięczny dochód netto na osobę w rodzinie wynosi	
Znana jest mi treść art. 233 kodeksu karnego o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).	
Pouczona(y) o odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie była(e)m stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie. Pouczenie: Zgodnie art. 233 § 1 kodeksu karnego, kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Podstawa prawna: § 9 ust. 1 Rozporządzenie 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 (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 926). Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 ze zm.) informuję, iż administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Gdyni, ul. Grabowo 2, 81-265 Gdynia. Celem zbierania danych jest realizacja zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 ze zm.), a obowiązek ich podania służy realizacji zapisów ustawy. Jednocześnie przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.	
Gdynia, dnia	Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika

6. Forma przekazania dofinansowania (proszę o wybranie jednej z opcji)

Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania:	na mój rachunek bankowy	na wskazany przeze mnie rachunek bankowy
Nazwa banku	Dane właściciela rachunku Imię, nazwisko, adres	
Nr konta		
Gdynia, dnia	Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika	
lub		
Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania na konto firmy , w której dokonałam/em zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.		
Gdynia, dnia	Czytelny podpis Wnioskodawcy lub pełnomocnika	

Do wniosku należy dołączyć

- **kserokopię orzeczenia** o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia do celów rentowych, **oryginał do wglądu**
- **zaświadczenie lekarskie** z rozpoznaniem jednostki chorobowej oraz ze wskazaniem do korzystania z danego sprzętu rehabilitacyjnego
- **dokumenty potwierdzające uzyskiwane dochody** do wglądu (ostatnia decyzja o waloryzacji renty/emerytury, zaświadczenie z zakładu pracy o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku lub inne dokumenty potwierdzające źródło i wysokość dochodu)
- w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - **kserokopię zaświadczenia lub wyroku sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego, oryginał do wglądu**
- w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – **kserokopię pełnomocnictwa notarialnego, oryginał do wglądu**

7. Wypełnia pracownik MOPS w Gdyni

Data wpływu wniosku	Pieczętka i podpis pracownika