





#### 4. Informacje dotyczące statusu osoby niepełnosprawnej (właściwie proszę zaznaczyć znakiem X)

4.1 Posiadane orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej															
Stopień znaczny / I grupa				Stopień umiarkowany / II grupa				Stopień lekki / III grupa							
4.2 Przyczyna i rodzaj niepełnosprawności															
Symbol przyczyny niepełnosprawności				01-U	02-P	03-L	04-O	05-R	06-E	07-S	08-T	09-M	11-I	10-N	12-C
Osoba leżąca (potwierdzone zaświadczeniem lekarskim)				Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku (potwierdzona zaświadczeniem lekarskim)											
Inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?)															
Dysfunkcja narządu wzroku				Dysfunkcja narządu słuchu i mowy				Deficyt rozwojowy (osoby, które mają trudności w poruszaniu się)							
Inna jednostka chorobowa (jaka?)															

4.3 Inne osoby niepełnosprawne pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą				
Lp	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Rodzaj i stopień niepełnosprawności
1				
2				
3				

#### 5. 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 rok podatkowy poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Lp	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Źródło dochodu wynagrodzenie, renta, emerytura (należy wymienić wszystkie źródła dochodu)	Średni miesięczny dochód netto*
1		WNIOSKODAWCA			
<b>RAZEM</b>					

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

## 6. Obecnie realizowany poziom kształcenia

Szkoła podstawowa		Gimnazjum		Zasadnicza szkoła zawodowa		Liceum		Technikum		Szkoła policealna	
Studia (I i II stopnia)		Studia podyplomowe		Studia doktoranckie		Inny (jaki?)					
Nazwa i adres szkoły, w której wnioskodawca pobiera obecnie naukę											

## 7. Działania związane z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych

kursy zawodowe, szkolenia (nazwa, data rozpoczęcia)		nauka języków obcych (data rozpoczęcia)	
Inne działania (jakie?)			

## 8. Oświadczenia

**Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego i pouczony o jego treści: „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” oświadczam, że**

liczba członków rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym razem z wnioskodawcą wynosi	
▪ średni miesięczny dochód netto rodziny wynosi	zł
▪ średni miesięczny dochód netto na osobę w rodzinie wynosi	zł
▪ posiadam środki finansowe w wysokości wystarczającej na obowiązkowy 5% wkład własny do realizacji zadania	
▪ 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.	

*Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. 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 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2011r. 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	
--------------	--	---	--

## 9. Forma przekazania dofinansowania

Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania	na mój rachunek bankowy	na wskazany przeze mnie rachunek bankowy
Imię i nazwisko oraz adres właściciela rachunku (jeśli dotyczy - stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą)		
Nazwa banku		
Nr konta		
Gdynia, dnia		Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika

**UWAGA! Przed przyznaniem dofinansowania proszę nie dokonywać zakupów ponieważ sprzęt zakupiony przed przyznaniem dofinansowania i podpisaniem umowy nie może być dofinansowany.**

**10. Załączniki do wniosku** (w przypadkach, w których wymagane jest złożenie kserokopii dokumentów niezbędne jest przedstawienie oryginałów do wglądu)

▪ <b>kserokopia orzeczenia</b> o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia do celów rentowych
▪ <b>kserokopia orzeczenia</b> o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia do celów rentowych <b>innych osób niepełnosprawnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą</b>
▪ <b>aktualne zaświadczenie lekarskie</b> zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności (jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu)
▪ <b>aktualne zaświadczenie lekarskie</b> potwierdzające, że wnioskodawca jest osobą leżącą lub poruszającą się przy pomocy wózka inwalidzkiego ( jeżeli dotyczy)
▪ <b>kserokopia dokumentów potwierdzających uzyskane dochody</b> w przypadku osób zatrudnionych: zaświadczenie z zakładu pracy bądź oświadczenie o wysokości dochodów oraz potwierdzony przez urząd skarbowy PIT za rok podatkowy poprzedzający dzień złożenia wniosku, w przypadku emerytów i rencistów: ostatnia decyzja o waloryzacji renty/emerytury za rok poprzedzający dzień złożenia wniosku
▪ <b>kserokopie dokumentów potwierdzających obecnie realizowany poziom kształcenia</b> – jeżeli dotyczy
▪ <b>kserokopie dokumentów potwierdzających podnoszenie kwalifikacji zawodowych</b> – jeżeli dotyczy
▪ <b>zaświadczenie od specjalisty pracującego z dzieckiem</b> np. psychologa, pedagoga, logopedy (jeżeli dotyczy)
▪ w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - <b>kserokopia zaświadczenia lub wyroku sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego</b>
▪ w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika - <b>kserokopia pełnomocnictwa notarialnego</b>

**11. Wypełnia pracownik MOPS w Gdyni**

Data wpływu wniosku		Pieczęćka i podpis pracownika	
ADNOTACJE URZĘDOWE			