

**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY RODZINIE W SZCZECINIE**

**WNIOSEK**

**O dofinansowanie osobie fizycznej zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami):**

..... **imiona rodziców:** .....

Nazwisko i imię Wnioskodawcy

**Dowód Osobisty:**  
 Seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....

**PESEL:** ..... **NIP** .....

**Adres zameldowania:**  
 Kod: ..... Miejscowość: ..... ulica: .....nr .....

**Adres zamieszkania:**  
 Kod: ..... Miejscowość: ..... ulica: .....nr .....

Telefon stacjonarny: ..... Telefon komórkowy: .....

**Nazwa banku:** .....

**Numer rachunku bankowego:** .....

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

..... **imiona rodziców:** .....

Nazwisko i imię

**Dowód Osobisty:**  
 Seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....

**PESEL:** ..... **NIP** .....

**Adres zameldowania:**  
 Kod: ..... Miejscowość: ..... ulica: .....nr .....

**Adres zamieszkania:**  
 Kod: ..... Miejscowość: ..... ulica: .....nr .....

Telefon stacjonarny: ..... Telefon komórkowy: .....

**Nazwa banku:** .....

**Numer rachunku bankowego:** .....

**Ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem** .....

Wpisać właściwe, załączyć dokument potwierdzający

**TABELA 1**

**Stopień niepełnosprawności potwierdzony orzeczeniem lekarskim:**

Wstaw X

1. ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI OSÓB DO 16 ROKU ŻYCIA	
2. ZNACZNY (inwalida I grupy)	
3. UMIARKOWANY (inwalida II grupy)	
4. LEKKI (inwalida III grupy)	

**TABELA 2****Rodzaj niepełnosprawności potwierdzony zaświadczeniem lekarskim:**

Wstaw X

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, jaka? .....	
2. dysfunkcja narządu ruchu, nie wymagająca poruszania się na wózku inwalidzkim, jaka? .....	
3. dysfunkcja narządu wzroku, jaka? .....	
4. dysfunkcja narządów: słuchu lub/i mowy, jaka? .....	
5. deficyt rozwoju / upośledzenie umysłowe, jaki? .....	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia, lub inna nie wymieniona w pkt. 1 – 5, jaka? .....	

**TABELA 3****Sytuacja życiowa – Wnioskodawca zamieszkuje:**

Wstaw X

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

**TABELA 4****Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą oraz oświadczenie o wysokości ich dochodów:**

Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności	przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek
wnioskodawca	-----			

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób** we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek wynosił ..... zł..

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

**TABELA 5****1. Korzystanie ze środków Funduszu do likwidacji barier** (architektoniczne, techniczne, w komunikowaniu się)

Czy wnioskodawca korzystał z dofinansowania do likwidacji barier? (zaznacz właściwe)	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Jakich? .....		
W którym roku? .....		
Czy był składany wniosek? Jeśli tak, podaj rok, lata .....		

**2. Korzystanie ze środków Funduszu na inne cele** ( np. turnus rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny):

Wstaw X

Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania na inne cele i rozliczył się?	
Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania i jest w trakcie rozliczania?	
Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania i nie rozliczył się?	
Do czego otrzymał dofinansowanie? (wymień) .....	



**7. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:**

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono – tak/nie – data uzupełnienia (wypełnia pracownik MOPR)	
1. kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inne równoważne, potwierdzające niepełnosprawność Wnioskodawcy (oryginał do wglądu)			
2. aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty lub rehabilitanta zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności, obecnym stanie zdrowia i wskazujące konieczność zakupu <b>konkretnego sprzętu rehabilitacyjnego</b> , do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych			
3. dokumenty potwierdzające prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. opiekun prawny, pełnomocnik, przedstawiciel ustawowy) – oryginał do wglądu			
4. dowód osobisty Wnioskodawcy i osoby występującej w jego imieniu (w przypadku osoby nieletniej - dowód osobisty przedstawiciela ustawowego i skrócony odpis aktu urodzenia)			
5. zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy, w przypadku osób bezrobotnych lub/i poszukujących pracy			
6. osoby korzystające ze świadczeń pomocy społecznej – kopia decyzji			
7. udokumentowanie posiadania ewentualnych innych źródeł finansowania,			
8. informacja ze sklepu dotycząca wnioskowanego sprzętu, jego ceny brutto oraz ewentualnego czasu oczekiwania na realizację			

**Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:**

- A. o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego mogą ubiegać się **wyłącznie** osoby niepełnosprawne stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, jeżeli zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu;
- B. dofinansowanie nie przysługuje osobom, które były stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, która została rozwiązana z przyczyn leżących po stronie tej osoby;
- C. dofinansowanie nie przysługuje osobom, które mają zaległości wobec Funduszu;
- D. dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie;
- E. podstawę dofinansowania stanowi Umowa zawarta pomiędzy Starostą a Wnioskodawcą;

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów związanych z udzieleniem dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

W przypadku, gdy MOPR poweźmie wątpliwości odnośnie do podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gosp.domowym, wezwie wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów. (Dz. U. 2002 nr 96, poz. 861 z późniejszymi zmianami)

***Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.***

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy / osoby  
uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy