

Data wpływu:
Nr wniosku:



MIEJSKI OŚRODEK POMOCY
SPOŁECZNEJ
43-100 Tychy; ul. Budowlanych 59
tel. 32 323 22 61, tel./fax 32 323 22 62
e-mail: sekretariat@mops.tychy.pl



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	

Nr lokalu:		
Kod pocztowy:		
Nr telefonu:		
Adres e-mail:		
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo (na stałe) <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia :	
Grupa inwalidzka (dotyczy ZUS)	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność (dotyczy : ZUS, KRUS)	<input type="checkbox"/> całkowicie niezdolny/-a do pracy i niezdolny/-a do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> długotrwale niezdolny/-a do pracy w gospodarstwie rolnym, któremu/-ej przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> całkowicie niezdolny/-a do pracy <input type="checkbox"/> częściowo niezdolny/-a do pracy <input type="checkbox"/> stale lub długotrwale niezdolny/-a do pracy w gospodarstwie rolnym	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U <input type="checkbox"/> 02-P <input type="checkbox"/> 03-L <input type="checkbox"/> 04-O <input type="checkbox"/> 05-R <input type="checkbox"/> 06-E <input type="checkbox"/> 07-S <input type="checkbox"/> 08-T <input type="checkbox"/> 09-M <input type="checkbox"/> 10-N <input type="checkbox"/> 11-I <input type="checkbox"/> 12-C	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności: Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> nie jest sprzężona (1 przyczyna/symbol) <input type="checkbox"/> jest sprzężona 2 przyczyny, <input type="checkbox"/> jest sprzężona 3 przyczyny, <p style="text-align: center;">DOTYCZY SYMBOLI W ORZECZENIU</p>	

ŚREDNI DOCHÓD

Czy osoba z niepełnosprawnością przebywa w DPS : nie tak brak informacji

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym osoby niepełnosprawnej wynosi:

Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, uzyskany przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym podzielony przez liczbę osób z tego gospodarstwa, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł:

I. KOSZTY REALIZACJI

Przedmiot 1

Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Przedmiot 2

Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Przedmiot 3

Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

- W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
- Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	
1	Oświadczenia do wniosku.
2	Faktura ; oferta cenowa ; określająca : <ul style="list-style-type: none"> • cenę nabycia, • kwotę opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, • kwotę udziału własnego, • termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji (dotyczy oferty cenowej) W przypadku faktury z odroczonym terminem płatności o terminie nie krótszym niż 30 dni od daty jej wystawienia
3	Potwierdzenie dokonania zapłaty za wnioskowane środki w części nie objętej dofinansowaniem (w przypadku braku adnotacji w fakturze)
4	Kopia zlecenia przyznanego limitu NFZ, potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie
5	Kopia ważnego orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gosp. rolnym wydanego przez dniem 1.01.1998 r. (dotyczy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)
6	Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym lub pełnomocnictwo notarialne

OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU

- 1) Nie posiadam zaległości wobec PFRON.
- 2) W ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/-łam stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- 3) wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”).

Uprowadzony/-a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Przyjmuję do wiadomości, że wniosek złożony przed dniem podjęcia uchwały Rady Miasta w sprawie wykorzystania środków PFRON (zwyczajowo odbywa się to w miesiącu luty lub marzec danego roku) zostanie rozpatrzony do 30 dni po podjęciu wyżej wymienionej uchwały.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy